

INSCRIPTIONS DE MEDICAMENTS -----	2
DEFINITIONS / MODIFICATIONS DE TARIFS -----	14
RADIATIONS DE MEDICAMENTS -----	20
EXTENSION / LIMITATION D'INDICATIONS -----	23

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Afstyla®	Lonocolog alfa	- Traitement et prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d' hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII) dans tous les groupes d'âge.	23/01/2018	23/01/2018	250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj 1500 UI, inj 2000 UI, inj 2500 UI, inj 3000 UI, inj	162 € 324 € 648 € 972 € 1296 € 1620 € 1944 €
Delyba®	Délamanide	- Traitement de la tuberculose pulmonaire multirésistante (TB-MR), en association appropriée avec d'autres médicaments, chez les patients adultes, lorsque l'utilisation d'un autre schéma thérapeutique efficace est impossible pour des raisons de résistance ou d'intolérance.	01/02/2018	01/02/2018	50 mg, cpr	29,853 €
Alprolix®	Efrénonacog alfa	- Traitement et prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d' hémophilie B (déficit congénital en facteur IX).	16/02/2018	16/02/2018	250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj 2000 UI, inj 3000 UI, inj	240 € 480 € 960 € 1920 € 2880 €
Caspofungine FRK®	Caspofungine	- Candidose invasive - Aspergillose invasive chez les patients réfractaires/intolérants à l'Amphotéricine B, à des formulations lipidiques de l'Amphotéricine B et/ou à l'Itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques. - Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez les patients neutropéniques fébriles .	28/02/2018	28/02/2018	50mg, perf 70mg, perf	242,747 € 308,767 €
Caspofungine PANPHARMA®	Caspofungine	- Candidose invasive - Aspergillose invasive chez les patients réfractaires/intolérants à l'Amphotéricine B, à des formulations lipidiques de l'Amphotéricine B et/ou à l'Itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques. - Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez les patients neutropéniques fébriles .	01/03/2018	01/03/2018	50mg, perf 70mg, perf	242,747 € 308,767 €
Caspofungine SUN®	Caspofungine	- Candidose invasive - Aspergillose invasive chez les patients réfractaires/intolérants à l'Amphotéricine B, à des formulations lipidiques de l'Amphotéricine B et/ou à l'Itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques. - Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez les patients neutropéniques fébriles .	01/03/2018	01/03/2018	50mg, perf 70mg, perf	242,747 € 308,767 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Bendamustine RDY®	Bendamustine	- Leucémie Lymphoïde Chronique (stade Binet B ou C) en première ligne chez les patients pour qui une polychimiothérapie comportant de la Fludarabine n'est pas appropriée.	01/03/2018	01/03/2018	180 mg/4 mL, inj	295,718 €
Ucédane®	Acide carglumique	- Hyperammoniémie secondaire au déficit primaire en N-acétylglutamate synthase.	08/03/2018	08/03/2018	200 mg, cpr disp.	42,078 €
Cimzia®	Certolizumab pégol	- Polyarthrite rhumatoïde active , modérée à sévère, de l'adulte, en association au Méthotrexate (MTX) en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond ou en monothérapie en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par MTX est inadaptée. - Rhumatisme psoriasique actif de l'adulte, en association au Méthotrexate (MTX) en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond ou en monothérapie en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par MTX est inadaptée. - Spondylarthrite axiale sévère de l'adulte, en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux AINS, incluant la spondylarthrite ankylosante (SA) et la spondylarthrite axiale active sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation.	09/03/2018	09/03/2018	200 mg, cartouche d'1 mL	314,28 €
Octagam®	Immunoglobuline humaine	- Polyradiculoneuropathies inflammatoires démyélinisantes chroniques (PIDC)	13/03/2018	01/03/2018	100mg/mL, 20mL 100mg/mL, 50mL 100mg/mL, 100mL 100mg/mL, 200mL	79,23 € 198,075 € 369,15 € 792,3 €
Enbrel®	Etanercept	- Polyarthrite Rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte, en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond, y compris le MTX (sauf CI) - Polyarthrite de l'enfant ≥ 2 ans et de l'adolescent en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance avérée au MTX - Rhumatisme psoriasique actif et évolutif de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement de fond antérieur - Spondylarthrite ankylosante sévère et active de l'adulte, en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel - Spondylarthrite axiale sévère de l'adulte avec des signes objectifs d'inflammation (taux élevé CRP) et/ou des signes visibles à l'IRM, en cas de réponse inadéquate aux AINS - Psoriasis en plaques chronique sévère , défini par un échec (non répondeurs, CI ou intolérants) à au moins 2 traitements parmi les traitements systémiques non biologiques (MTX, Ciclosporine et Acitrétine) et la photothérapie, et une surface corporelle atteinte étendue et/ou un retentissement psychosocial important	20/03/2018	20/03/2018	25 mg, inj stylo 0,5 mL	80,77 €
Kovaltry®	Octocog alfa	- Traitement et prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d' hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII) dans tous les groupes d'âge.	12/04/2018	12/04/2018	250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj 250 UI, inj Bioset 500 UI, inj Bioset 1000 UI, inj Bioset	162 € 324 € 648 €
Clofarabine MYLAN®	Clofarabine	- Traitement de la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) chez des patients pédiatriques en rechute ou réfractaires après au moins deux lignes de traitement et pour lesquels aucune alternative thérapeutique ne permet d'envisager une réponse durable.	13/04/2018	13/04/2018	1 mg/mL, inj	814,05 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Panzyga®	Immunoglobuline humaine normale	<p>Traitement de substitution dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps ; - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de LLC pour qui un traitement antibiotique prophylactique a échoué ou chez les patients atteints de myélome multiple en phase de plateau résistant à une immunisation pneumococcique ; - Hypogammaglobulinémie consécutive à une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (HSCT) ; - infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de SIDA congénital. <p>Effet immunomodulateur dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - thrombocytopenies immunes primaires (TIP) chez les patients à haut risque hémorragique, ou préalablement à une intervention chirurgicale pour normaliser le taux de plaquettes ; - syndrome de Guillain Barré ; - maladie de Kawasaki. 	20/04/2018	20/04/2018	100 mg/mL, 10 mL 100 mg/mL, 25 mL 100 mg/mL, 50 mL 100 mg/mL, 100mL 100 mg/mL, 200mL 100 mg/mL, 300mL	39,615 € 99,038 € 198,075 € 396,15 € 792,30 € 1188,45 €
Bendamustine EG®	Bendamustine	<ul style="list-style-type: none"> - Leucémie Lymphoïde Chronique (stade Binet B ou C) en première ligne chez les patients pour qui une polychimiothérapie comportant de la Fludarabine n'est pas appropriée. 	17/05/2018	17/05/2018	2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	42,679 € 164,288 €
Busulfan MYLAN®	Busulfan	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de conditionnement préalable à une greffe conventionnelle de cellules souches hématopoïétiques (CSH) chez l'adulte, suivi par du Cyclophosphamide (BuCy2), lorsque cette association est considérée comme la meilleure option possible. - Traitement de conditionnement préalable à une greffe de CSH, à la suite de la Fludarabine, chez l'adulte éligible à un conditionnement à intensité réduite (RIC). - Traitement de conditionnement préalable à une greffe conventionnelle de CSH chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent, suivi par du Cyclophosphamide (BuCy4) ou du Melphalan (BuMel). 	17/05/2018	17/05/2018	6 mg/mL, perf	258,75 €
Caspofungine TVS®	Caspofungine	<ul style="list-style-type: none"> - Candidose invasive - Aspergillose invasive chez les patients réfractaires/intolérants à l'Amphotéricine B, à des formulations lipidiques de l'Amphotéricine B et/ou à l'Itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques. - Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez les patients neutropéniques fébriles. 	23/05/2018	23/05/2018	50 mg, perf 70 mg, perf	242,747 € 308,767 €
Humira®	Adalimumab	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, en association au Méthotrexate, chez l'enfant et l'adolescent de 2 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Monothérapie possible en cas d'intolérance au Méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le Méthotrexate est inadaptée. - Traitement, chez l'enfant ≥ 4 ans et l'adolescent, du psoriasis en plaques chronique sévère défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie ; et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués. 	13/06/2018	13/06/2018	20 mg, ser 0,2 mL	183,803 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Humira®	Adalimumab	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement, chez l'adulte, du psoriasis en plaques chronique sévère, défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie ; et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les patients adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. - Traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre- indiqués. - Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'Azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. 	13/06/2018	13/06/2018	80 mg, ser 0,8 mL 80 mg, stylo 0,8 mL	663,46 € 663,46 €
Obizur®	Susoctogog alfa	Traitement des épisodes hémorragiques chez les patients adultes atteints d' hémophilie acquise due aux anticorps contre le facteur VIII.	20/06/2018	20/06/2018	500 UI, inj	750 €
Caspofungine Mylan®	Caspofungine	<ul style="list-style-type: none"> - Candidose invasive - Aspergillose invasive chez les patients réfractaires/intolérants à l'Amphotéricine B, à des formulations lipidiques de l'Amphotéricine B et/ou à l'Itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques. - Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à Candida ou Aspergillus) chez les patients neutropéniques fébriles. 	05/07/2018	05/07/2018	50 mg, perf 70 mg, perf	242,747 € 308,767 €
Kyprolis®	Carfilzomib	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement du myélome multiple, en association avec le Lénalidomide et la Dexaméthasone, chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur. - Traitement du myélome multiple, en association à la Dexaméthasone, chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur. 	18/07/2018	18/07/2018	10 mg, perf 30 mg, perf 60 mg, perf	157,33 € 472 € 944 €
Noxafil®	Posaconazole	<ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxie des infections fongiques invasives chez les patients recevant une chimiothérapie d'induction de la rémission pour une leucémie myéloïde aiguë (LMA) ou un syndrome myélodysplasique (SMD) connus pour induire une neutropénie prolongée et qui sont à haut risque de développer des infections fongiques invasives. - Prophylaxie des infections fongiques invasives chez les patients receveurs de greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) sous traitement immunosuppresseur à haute-dose pour la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) et qui sont à haut risque de développer des infections fongiques invasives. 	18/07/2018	18/07/2018	300 mg, 16,7 mL	222,30 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Herzuma®	Trastuzumab	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique HER2 positif : <ul style="list-style-type: none"> – en association avec le Paclitaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique et chez lesquels le traitement par Anthracyclines ne peut pas être envisagé ; – en association avec le Docétaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique ; – en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes ménopausées ayant des récepteurs hormonaux positifs, non traitées précédemment par Trastuzumab. - Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif : <ul style="list-style-type: none"> – après chirurgie, chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante) et radiothérapie (si indiquée) – après une chimiothérapie adjuvante avec la Doxorubicine et le Cyclophosphamide, en association avec le Paclitaxel ou le Docétaxel ; – en association à une chimiothérapie adjuvante associant le Docétaxel et le Carboplatine ; – en association à une chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'un traitement adjuvant avec Herzuma, chez les patients ayant une maladie localement avancée (y compris inflammatoire) ou des tumeurs mesurant plus de 2 cm de diamètre. - Traitement de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction œsogastrique HER2 positif, en association à la Capécitabine ou au 5-fluoro-uracile et au Cisplatine, chez les patients adultes n'ayant pas été précédemment traités pour leur maladie métastatique. 	24/07/2018	24/07/2018	150 mg, perf	349,501 €
Cuvitru®	Immunoglobuline humaine normale	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint de : <ul style="list-style-type: none"> – Syndromes d'immunodéficience primaire avec production défailante d'anticorps ; – Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez qui les antibiotiques prophylactiques n'ont pas fonctionné ou sont contre-indiqués ; – Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple ; – Hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques. 	01/08/2018	01/08/2018	<ul style="list-style-type: none"> 200 mg/mL, 5 mL 200 mg/mL, 10 mL 200 mg/mL, 20 mL 200 mg/mL, 40 mL 	<ul style="list-style-type: none"> 45 € 90 € 180 € 360 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Kanjinti®	Trastuzumab	<p>- Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique HER2 positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en association avec le Paclitaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique et chez lesquels le traitement par Anthracyclines ne peut pas être envisagé ; - en association avec le Docétaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique ; - en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes ménopausées ayant des récepteurs hormonaux positifs, non traitées précédemment par Trastuzumab. <p>- Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après chirurgie, chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante) et radiothérapie (si indiquée) - après une chimiothérapie adjuvante avec la Doxorubicine et le Cyclophosphamide, en association avec le Paclitaxel ou le Docétaxel ; - en association à une chimiothérapie adjuvante associant le Docétaxel et le Carboplatine ; - en association à une chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'un traitement adjuvant avec Kanjinti, chez les patients ayant une maladie localement avancée (γ compris inflammatoire) ou des tumeurs mesurant plus de 2 cm de diamètre. <p>Kanjinti ne doit être utilisé que chez les patients atteints d'un cancer du sein métastatique ou précoce dont les tumeurs présentent soit une surexpression de HER2, soit une amplification du gène HER2 déterminée par une méthode précise et validée.</p> <p>- Traitement de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction œsogastrique HER2 positif, en association à la Capécitabine ou au 5-fluoro-uracile et au Cisplatine, chez les patients adultes n'ayant pas été précédemment traités pour leur maladie métastatique.</p> <p>Kanjinti doit être utilisé uniquement chez les patients atteints d'un cancer gastrique métastatique dont les tumeurs présentent une surexpression de HER2 définie par IHC2+ confirmée par un résultat FISH+ ou SISH+, ou par IHC3+. Des méthodes d'analyse précises et validées doivent être utilisées.</p>	14/08/2018	14/08/2018	150 mg, perf 420 mg, perf	349,501 € 978,603 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Ontruzant®	Trastuzumab	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique HER2 positif : <ul style="list-style-type: none"> – en association avec le Paclitaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique et chez lesquels le traitement par Anthracyclines ne peut pas être envisagé ; – en association avec le Docétaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique ; – en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes ménopausées ayant des récepteurs hormonaux positifs, non traitées précédemment par Trastuzumab. - Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif : <ul style="list-style-type: none"> – après chirurgie, chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante) et radiothérapie (si indiquée) – après une chimiothérapie adjuvante avec la Doxorubicine et le Cyclophosphamide, en association avec le Paclitaxel ou le Docétaxel ; – en association à une chimiothérapie adjuvante associant le Docétaxel et le Carboplatine ; – en association à une chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'un traitement adjuvant avec Ontruzant, chez les patients ayant une maladie localement avancée (γ compris inflammatoire) ou des tumeurs mesurant plus de 2 cm de diamètre. - Traitement de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction œsogastrique HER2 positif, en association à la Capécitabine ou au 5-fluoro-uracile et au Cisplatine, chez les patients adultes n'ayant pas été précédemment traités pour leur maladie métastatique. Ontruzant doit être utilisé uniquement chez les patients atteints d'un cancer gastrique métastatique dont les tumeurs présentent une surexpression de HER2 définie par IHC2+ confirmée par un résultat FISH+ ou SISH+, ou par IHC3+. Des méthodes d'analyse précises et validées doivent être utilisées. 	14/08/2018	14/08/2018	150 mg, perf	349,501 €
Acide carginique WAY®	Acide carginique	Traitement de l' hyperammoniémie secondaire au déficit primaire en N-acétylglutamate synthase.	09/10/2018	09/10/2018	200 mg, cp disp.	42,078 €
Feiba®	Facteur de coagulation ayant une activité court-circuitant l'inhibiteur du facteur VIII	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement des hémorragies et en situation chirurgicale dans le déficit constitutionnel en facteur VIII (hémophilie A), chez les patients «forts répondeurs» ayant développé un inhibiteur dirigé contre le facteur VIII ; - Traitement des hémorragies et en situation chirurgicale dans le déficit constitutionnel en facteur IX (hémophilie B), en cas d'échec par le facteur VIIa, chez les patients «forts répondeurs» ayant développé un inhibiteur dirigé contre le facteur IX ; - En prophylaxie, selon l'évaluation médicale, pour prévenir ou réduire la fréquence des hémorragies chez les patients présentant des épisodes hémorragiques très fréquents et hémophiles A «forts répondeurs» ayant développé un inhibiteur dirigé contre le facteur VIII ou hémophiles B «forts répondeurs» ayant développé un inhibiteur dirigé contre le facteur IX, après échec par le facteur VIIa ; - Traitement des hémorragies et en situation chirurgicale chez les patients avec une hémophilie acquise par auto- anticorps anti-facteur VIII. 	11/10/2018	11/10/2018	50 UI/mL, 10 mL 50 UI/mL, 50 mL	451,25 € 2256,25 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Amgevita®	Adalimumab	<p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère, défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au Méthotrexate (MTX), lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le MTX est inadéquate. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement avec le MTX est inadaptée. - Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. - Traitement de la spondylarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. - Traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. - Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. - Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et l'Azathioprine ou la 6- mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué. <p>Chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère chez les enfants à partir de 4 ans et les adolescents défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre- indiqués - Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, en association au MTX, chez l'enfant et l'adolescent à partir de 2 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadaptée. 	17/10/2018	17/10/2018	20 mg, srg 0,4 mL 40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	139,094 € 251,038 € 251,038 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Imraldi®	Adalimumab	<p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère, défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au Méthotrexate (MTX), lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le MTX est inadéquate. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement avec le MTX est inadaptée. - Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. - Traitement de la spondylarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. - Traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. - Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. - Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et l'Azathioprine ou la 6- mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué. <p>Chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère chez les enfants à partir de 4 ans et les adolescents défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre- indiqués - Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, en association au MTX, chez l'enfant et l'adolescent à partir de 2 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadaptée. 	17/10/2018	17/10/2018	40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	251,038 € 251,038 €
Nuwiq®	Simoctocog alfa	Traitement et prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d' hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII).	26/10/2018	26/10/2018	2500 UI 3000 UI 4000 UI	1620 € 1944 € 2592 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Hyrimoz®	Adalimumab	<p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère, défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au Méthotrexate (MTX), lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le MTX est inadéquate. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement avec le MTX est inadaptée. - Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. - Traitement de la spondylarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. - Traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. - Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. - Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et l'Azathioprine ou la 6- mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué. <p>Chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère chez les enfants à partir de 4 ans et les adolescents défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre- indiqués - Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, en association au MTX, chez l'enfant et l'adolescent à partir de 2 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadaptée. 	30/10/2018	30/10/2018	40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	251,038 € 251,038 €
Busulfan Accord®	Busulfan	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi par du Cyclophosphamide (BuCy2) est indiqué comme traitement de conditionnement préalable à une greffe conventionnelle de cellules souches hématopoïétiques (CSH) chez l'adulte, lorsque cette association est considérée comme la meilleure option possible ; - Suivi par du Cyclophosphamide (BuCy4) ou du Melphalan (BuMel) est indiqué comme traitement de conditionnement préalable à une greffe conventionnelle de cellules souches hématopoïétiques chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent. 	08/11/2018	08/11/2018	6 mg/mL, perf	258,750 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Eqwilate®	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	- Prophylaxie et traitement des hémorragies ou des saignements d'origine chirurgicale chez des patients atteints de la maladie de Willebrand (MVW), lorsque le traitement par la Desmopressine (DDAVP) seule est inefficace ou contre-indiqué.	11/12/2018	11/12/2018	500 UI / 500 UI 1000 UI / 1000 UI	558,000 € 1116,000 €
Trazimera®	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	<p>> Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique HER2 positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en association avec le Paclitaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique et chez lesquels le traitement par Anthracyclines ne peut pas être envisagé ; - en association avec le Docétaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique ; - en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes ménopausées ayant des récepteurs hormonaux positifs, non traitées précédemment par Trastuzumab. <p>> Traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après chirurgie, chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante) et radiothérapie (si indiquée) ; - après une chimiothérapie adjuvante avec la Doxorubicine et le Cyclophosphamide, en association avec le Paclitaxel ou le Docétaxel ; - en association à une chimiothérapie adjuvante associant le Docétaxel et le Carboplatine ; - en association à une chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'un traitement adjuvant avec le Trastuzumab, chez les patients ayant une maladie localement avancée (y compris inflammatoire) ou des tumeurs mesurant plus de 2 cm de diamètre. <p>Trazimera ne doit être utilisé que chez les patients atteints d'un cancer du sein précoce ou métastatique dont les tumeurs présentent soit une surexpression de HER2, soit une amplification du gène HER2 déterminée par une méthode précise et validée ;</p> <p>> Traitement de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction œsogastrique HER2 positif, en association à la Capécitabine ou au 5-fluoro-uracile et au Cisplatine, chez les patients adultes n'ayant pas été précédemment traités pour leur maladie métastatique ;</p> <p>Trazimera doit être utilisé uniquement chez les patients atteints d'un cancer gastrique métastatique dont les tumeurs présentent une surexpression de HER2+ définie par IHC2+ confirmée par un résultat FISH ou SISH, ou par IHC3+. Des méthodes d'analyse précises et validées doivent être utilisées.</p>	12/12/2018	26/12/2018	150 mg	349,501 €

Spécialité	DCI	Indication(s)	Inscription sur la liste	Publication du tarif de responsabilité	Conditionnement	Tarif de responsabilité (HT)
Hulio®	Adalimumab	<p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère, défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au Méthotrexate (MTX), lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le MTX est inadéquate. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement avec le MTX est inadaptée. - Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. - Traitement de la spondylarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. - Traitement de la maladie de Crohn active, modérée à sévère, chez les adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. - Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. - Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et l'Azathioprine ou la 6- mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué. <p>Chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère chez les enfants à partir de 4 ans et les adolescents défini par un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. - Traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre- indiqués - Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, en association au MTX, chez l'enfant et l'adolescent à partir de 2 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadaptée. 	14/12/2018	20/12/2018	40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL 40 mg, fl. 0,8 mL	251,038 € 251,038 € 278,185 €
Veyvondi®	Vonicog alfa	<p>Chez les adultes (âgés de 18 ans et plus) atteints de la maladie de Willebrand, lorsque le traitement par la Desmopressine (DDAVP) seule est inefficace ou n'est pas indiqué pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des hémorragies et des saignements d'origine chirurgicale - la prévention des saignements d'origine chirurgicale. 	14/12/2018	21/12/2018	650 UI 1300 UI	611,171 € 1222,341 €

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Bendamustine ACC® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-40 %	01/01/2018
Bendamustine DDR® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-40 %	01/01/2018
Bendamustine FRK® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-40 %	01/01/2018
Bendamustine MDC® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-40 %	01/01/2018
Bendamustine MYLAN® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-40 %	01/01/2018
Cresemba® 100 mg, gélule 200 mg, inj	Isavuconazole	38,294 € ; 39,098 € 312,775 € ; 319,343 €	-20 %	01/01/2018
Opdivo® 10 mg/mL, flacon de 4 mL 10 mg/mL, flacon de 10 mL	Nivolumab	414,38 € ; 423,082 € 1035,94 € ; 1057,695 €	-9,5 %	01/01/2018
Avastin® 25 mg/mL, flacon de 4 mL 25 mg/mL, flacon de 16 mL	Bévacizumab	235,895 € ; 240,849 € 868,061 € ; 886,29 €	-5 %	02/01/2018
Cimzia® 200 mg, seringue de 1 mL 200 mg, stylo de 1 mL	Certolizumab pégol	314,28 € ; 320,88 € 314,28 € ; 320,88 €	-5 %	02/01/2018
Benepali® 50 mg, seringue de 0,98 mL 50 mg, stylo	Etanercept	161,54 € ; 164,932 € 161,54 € ; 164,932 €	-7,2 %	02/01/2018
Enbrel® 10 mg, pdre inj pédiatrie 25 mg/mL, pdre inj pédiatrie 25 mg, pdre inj 25 mg, seringue de 0,5 mL 50 mg, pdre inj 50 mg, seringue de 1 mL 50 mg, stylo de 1 mL	Etanercept	32,307 € ; 32,985 € 80,770 € ; 82,466 € 80,770 € ; 82,466 € 80,770 € ; 82,466 € 161,54 € ; 164,932 € 161,54 € ; 164,932 € 161,54 € ; 164,932 €	-7,2 %	02/01/2018
Erelzi® 25 mg, seringue de 0,5 mL 50 mg, seringue de 1 mL 50 mg, stylo de 1 mL	Etanercept	80,770 € ; 82,466 € 161,54 € ; 164,932 € 161,54 € ; 164,932 €	-7,2 %	02/01/2018
Herceptin® 150 mg, inj	Trastuzumab	424,394 € ; 433,306 €	-15 %	02/01/2018
Mabthera® 100 mg, flacon de 10 mL 500 mg, flacon de 50 mL	Rituximab	166,112 € ; 169,60 € 830,561 € ; 848,003 €	-30 %	02/01/2018
Myozyme® 50 mg, perf	Alpha-glucosidase	474,60 € ; 484,567 €	-9,6 %	02/01/2018
Orencia® 125 mg, seringue 1 mL 125 mg, stylo 1 mL 250 mg, perf flacon + seringue	Abatacept	204,60 € ; 208,897 € 204,60 € ; 208,897 € 281,655 € ; 287,57 €	-2,6 % -2,6 % -10 %	02/01/2018
Rixathon® 100 mg, flacon de 10 mL 500 mg, flacon de 50 mL	Rituximab	166,112 € ; 169,60 € 830,561 € ; 848,003 €	-30 %	02/01/2018

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Soliris® 300 mg, flacon de 30 mL	Ecuzumab	3943,28 € ; 4026,084 €	-7,5 %	02/01/2018
Stelara® 45 mg, flacon de 0,5 mL 45 mg, seringue de 0,5 mL 90 mg, seringue de 1 mL 130 mg, flacon de 26 mL	Ustekinumab	2135,47 € ; 2180,315 € 2135,47 € ; 2180,315 € 2135,47 € ; 2180,315 € 2135,47 € ; 2180,315 €	-7,5 %	02/01/2018
Truxima® 100 mg, flacon de 10 mL 500 mg, flacon de 50 mL	Rituximab	166,112 € ; 169,60 € 830,561 € ; 848,003 €	-30 %	02/01/2018
Levact® 2,5 mg/mL, flacon 26 mL 2,5 mg/mL, flacon 60 mL	Bendamustine	42,679 € ; 72,626 € 164,288 € ; 279,564 €	-40 %	18/01/2018
Afstyla® 250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj 1500 UI, inj 2000 UI, inj 2500 UI, inj 3000 UI, inj	Lonocolog alfa	162 € ; 165,402 € 324 € ; 330,804 € 648 € ; 661,608 € 972 € ; 992,412 € 1296 € ; 1323,216 € 1620 € ; 1654,020 € 1944 € ; 1984,824 €	-	23/01/2018
Alimta® 100 mg, perf 500 mg, perf	Pemetrexed	172,55 € ; 176,174 € 820,80 € ; 838,037 €	-20 %	01/02/2018
Humira® 40 mg, seringue de 0,4 mL 40 mg, stylo de 0,4 mL 40 mg, seringue de 0,8 mL 40 mg, stylo de 0,8 mL 40 mg, flacon de 0,8 mL	Adalimumab	331,730 € ; 338,696 € 331,730 € ; 338,696 € 331,730 € ; 338,696 € 331,730 € ; 338,696 € 367,605 € ; 375,325 €	-7,5 %	01/02/2018
Simponi® 50 mg, seringue de 0,5 mL 50 mg, stylo de 0,5 mL 100 mg, seringue de 1 mL 100 mg, stylo de 1 mL	Golimumab	720,05 € ; 735,171 € 720,05 € ; 735,171 € 720,05 € ; 735,171 € 720,05 € ; 735,171 €	-7,5 %	01/02/2018
Delyba® 50 mg, cpr	Délamanide	29,853 € ; 30,48 €	-	01/02/2018
Alprolix® 250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj 2000 UI, inj 3000 UI, inj	Eftrénonacog alfa	240 € ; 245,04 € 480 € ; 490,08 € 960 € ; 980,16 € 1920 € ; 1960,32 € 2880 € ; 2940,48 €	-	16/02/2018
Caspofungine FRK® 50 mg, perf 70 mg, perf	Caspofungine	242,747 € ; 247,845 € 308,767 € ; 315,251 €	-	28/02/2018
Bendamustine RDY® 180 mg/4 mL, inj	Bendamustine	295,718 € ; 301,928 €	-	01/03/2018
Caspofungine PANPHARMA® 50 mg, perf 70 mg, perf	Caspofungine	242,747 € ; 247,845 € 308,767 € ; 315,251 €	-	01/03/2018
Caspofungine SUN® 50 mg, perf 70 mg, perf	Caspofungine	242,747 € ; 247,845 € 308,767 € ; 315,251 €	-	01/03/2018
Remicade® 100 mg, perf	Infliximab	290,529 € ; 296,63 €	-24 %	01/03/2018
Flixabi® 100 mg, perf	Infliximab	290,529 € ; 296,63 €	-24 %	01/03/2018
Inflectra® 100 mg, perf	Infliximab	290,529 € ; 296,63 €	-24 %	01/03/2018
Remsima® 100 mg, perf	Infliximab	290,529 € ; 296,63 €	-24 %	01/03/2018

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Clairyg® 50 mg/mL, flacon de 20 mL 50 mg/mL, flacon de 50 mL 50 mg/mL, flacon de 100 mL 50 mg/mL, flacon de 200 mL 50 mg/mL, flacon de 400 mL	Immunoglobuline humaine normale	39,615 € ; 40,447 € 99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 792,3 € ; 808,938 €	-5 %	01/03/2018
Flebogamma® 50 mg/mL, flacon de 10 mL 50 mg/mL, flacon de 50 mL 50 mg/mL, flacon de 100 mL 50 mg/mL, flacon de 200 mL 50 mg/mL, flacon de 400 mL 100 mg/mL, flacon de 50 mL 100 mg/mL, flacon de 100 mL 100 mg/mL, flacon de 200 mL	Immunoglobuline humaine normale	19,807 € ; 20,223 € 99,037 € ; 101,117 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 792,3 € ; 808,938 € 198,075 € ; 202,235 € 369,15 € ; 376,902 € 792,3 € ; 808,938 €	-5 % -5 % -5 % -5 % -5 % -5 % -11,5 % -5 %	01/03/2018
Octagam® 50 mg/mL, flacon de 20 mL 50 mg/mL, flacon de 50 mL 50 mg/mL, flacon de 100 mL 50 mg/mL, flacon de 200 mL 50 mg/mL, flacon de 500 mL 100 mg/mL, flacon de 20 mL 100 mg/mL, flacon de 50 mL 100 mg/mL, flacon de 100 mL 100 mg/mL, flacon de 200 mL	Immunoglobuline humaine normale	39,615 € ; 40,447 € 99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 990,375 € ; 1011,173 € 79,23 € ; 80,894 € 198,075 € ; 202,235 € 369,15 € ; 376,902 € 792,3 € ; 808,938 €	-5 %	01/03/2018
Privigen® 100 mg/mL, flacon de 25 mL 100 mg/mL, flacon de 50 mL 100 mg/mL, flacon de 100 mL 100 mg/mL, flacon de 200 mL 100 mg/mL, flacon de 400 mL	Immunoglobuline humaine normale	99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 792,3 € ; 808,938 € 1584,6 € ; 1617,877 €	-5 %	01/03/2018
Tégéline® 0,5 g/10 mL, inj 2,5 g/50 mL, inj 5 g/100 mL, inj 10 g/200 mL, inj	Immunoglobuline humaine normale	19,808 € ; 20,224 € 99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 €	-5 %	01/03/2018
Ucédane® 200 mg, cpr disp.	Acide carglumique	42,078 € ; 42,962 €	-	08/03/2018
Cimzia® 200 mg, cartouche d'1 mL	Certolizumab pégol	314,28 € ; 320,88 €	-	09/03/2018
Enbrel® 25 mg, inj stylo 0,5 mL	Etanercept	80,77 € ; 82,466 €	-	20/03/2018
Kiovig® 100 mg/mL, flacon de 10 mL 100 mg/mL, flacon de 25 mL 100 mg/mL, flacon de 50 mL 100 mg/mL, flacon de 100 mL 100 mg/mL, flacon de 200 mL 100 mg/mL, flacon de 300 mL	Immunoglobuline humaine normale	39,615 € ; 40,447 € 99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 792,30 € ; 808,938 € 1188,45 € ; 1277,271 €	-5 %	01/04/2018
Kovaltry® 250 UI, inj 500 UI, inj 1000 UI, inj	Octocog alfa	162 € ; 165,40 € 324 € ; 330,80 € 648 € ; 661,61 €	-	12/04/2018
Clofarabine MYLAN® 1 mg/mL, inj	Clofarabine	814,05 € ; 831,145 €	-	13/04/2018
Panzyga® 100 mg/mL, flacon de 10 mL 100 mg/mL, flacon de 25 mL 100 mg/mL, flacon de 50 mL 100 mg/mL, flacon de 100 mL 100 mg/mL, flacon de 200 mL 100 mg/mL, flacon de 300 mL	Immunoglobuline humaine normale	39,615 € ; 40,447 € 99,038 € ; 101,118 € 198,075 € ; 202,235 € 396,15 € ; 404,469 € 792,30 € ; 808,938 € 1188,45 € ; 1213,407 €	-	20/04/2018

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Bendamustine EG® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	42,679 € ; 43,575 € 164,288 € ; 167,738 €	-	17/05/2018
Busulfan MYLAN® 6 mg/mL, perf	Busulfan	258,75 € ; 264,184 €	-	17/05/2018
Caspofungine TVS® 50 mg, perf 70 mg, perf	Caspofungine	242,747 € ; 247,845 € 308,767 € ; 315,251 €	-	23/05/2018
Evoltra® 1 mg/mL, flacon de 20 mL	Clofarabine	814,05 € ; 831,145 €	-40 %	01/06/2018
Humira® 20 mg, seringue de 0,2 mL	Adalimumab	183,803 € ; 187,663 €	-	13/06/2018
Humira® 80 mg, seringue de 0,8 mL 80 mg, stylo de 0,8 mL	Adalimumab	663,46 € ; 677,393 € 663,46 € ; 677,393 €	-	13/06/2018
Obizur® 500 UI, inj	Susoctogog alfa	750 € ; 765,75 €	-	20/06/2018
Replagal® 1 mg/mL, flacon de 1 mL 1 mg/mL, flacon de 3,5 mL	Agalsidase alfa	434,544 € ; 443,669 € 1520,911 € ; 1552,85 €	-2,6 %	01/07/2018
Caspofungine Mylan® 50 mg, perf 70 mg, perf	Caspofungine	242,747 € ; 247,845 € 308,767 € ; 315,251 €	-	05/07/2018
Kyprolis® 10 mg, perf 30 mg, perf 60 mg, perf	Carfilzomib	157,33 € ; 160,634 € 472 € ; 481,912 € 944 € ; 963,824 €	-	18/07/2018
Noxafil® 300 mg, 16,7 mL	Posaconazole	222,30 € ; 226,968 €	-	18/07/2018
Herzuma® 150 mg, perf	Trastuzumab	349,501 € ; 356,841 €	-	24/07/2018
Cuvitru® 200 mg/mL, 5 mL 200 mg/mL, 10 mL 200 mg/mL, 20 mL 200 mg/mL, 40 mL	Immunoglobuline humaine normale	45 € ; 45,945 € 90 € ; 91,89 € 180 € ; 183,78 € 360 € ; 367,56 €	-	01/08/2018
Kanjinti® 150 mg, perf 420 mg, perf	Trastuzumab	349,501 € ; 356,841 € 978,603 € ; 999,154 €	-	14/08/2018
Ontruzant® 150 mg, perf	Trastuzumab	349,501 € ; 356,841 €	-	14/08/2018
Herceptin® 150 mg, perf	Trastuzumab	349,501 € ; 356,841 €	-17,6%	01/09/2018
Acide carginique WAY® 200 mg, cpr disp.	Acide carginique	42,078 € ; 42,962 €	-	09/10/2018
Feiba® 50 UI/mL, 10 mL 50 UI/mL, 50 mL	Facteur de coagulation ayant une activité court-circuitant l'inhibiteur du facteur VIII	451,25 € ; 460,726 € 2256,25 € ; 2303,631 €	-	11/10/2018
Amgevita® 20 mg, srg 0,4 mL 40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	Adalimumab	139,094 € ; 142,015 € 251,038 € ; 256,31 € 251,038 € ; 256,31 €	-	17/10/2018
Imraldi® 40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	Adalimumab	251,038 € ; 256,31 € 251,038 € ; 256,31 €	-	17/10/2018
Nuwiq® 2500 UI 3000 UI 4000 UI	Simoctocog alfa	1620 € ; 1654,02 € 1944 € ; 1984,824 € 2592 € ; 2646,432 €	-	26/10/2018

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Hyrimoz® 40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL	Adalimumab	251,038 € ; 256,31 € 251,038 € ; 256,31 €	-	30/10/2018
Busulfan ACCORD® 6 mg/mL, perf	Busulfan	258,750 € ; 264,184 €	-	08/11/2018
Eqwilate® 500 UI / 500 UI 1000 UI / 1000 UI	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	558,000 € ; 569,718 € 1116,000 € ; 1139,436 €	-	08/11/2018
Hulio® 40 mg, srg 0,8 mL 40 mg, stylo 0,8 mL 40 mg, flacon 0,8 mL	Adalimumab	251,038 € ; 256,31 € 251,038 € ; 256,31 € 278,185 € ; 284,027 €	-	20/12/2018
Veyvondi® 650 UI 1300 UI	Vonicog alfa	611,171 € ; 624,006 € 1222,341 € ; 1248,010 €	-	21/12/2018
Trazimera® 150 mg	Trastuzumab	349,501 € ; 356,841 €	-	26/12/2018
Acloline® 100 UI/mL, 5 mL 100 UI/mL, 10 mL	Antithrombine III	473,760 € ; 483,709 € 949,400 € ; 969,337 €	+88%	31/12/2018
Novoseven® 1 mg, flacon + flacon 1 mg, flacon + seringue 2 mg, flacon + flacon 2 mg, flacon + seringue 5 mg, flacon + flacon 5 mg, flacon + seringue 8 mg, flacon + flacon 8 mg, flacon + seringue	Eptacog alfa activé	562,400 € ; 574,210 € 562,400 € ; 574,210 € 1124,800 € ; 1148,421 € 1124,800 € ; 1148,421 € 2812,000 € ; 2871,052 € 2812,000 € ; 2871,052 € 4499,200 € ; 4593,683 € 4499,200 € ; 4593,683 €	-7,5%	31/12/2018
Feiba® 50 UI/mL, flacon 10 mL 50 UI/mL, flacon 50 mL 500 UI, flacon + flacon + NEC 500 UI, flacon + flacon + BJ 1000 UI, flacon + flacon + NEC 1000 UI, flacon + flacon + BJ	Facteurs de coagulation ayant une activité court- circuitant l'inhibiteur du facteur VIII	417,406 € ; 426,172 € 2087,031 € ; 2130,859 € 417,406 € ; 426,172 € 417,406 € ; 426,172 € 834,813 € ; 852,344 € 834,813 € ; 852,344 €	-7,5%	31/12/2018
Orencia® 250 mg, perf	Abatacept	253,490 € ; 258,813 €	-10%	01/01/2019
Busilvex® 6 mg/mL, flacon de 10 mL	Busulfan	172,50 € ; 176,123 €	-33 %	01/01/2019
Busulfan ACCORD® 6 mg/mL, perf	Busulfan	172,50 € ; 176,123 €	-33 %	01/01/2019
Busulfan MYLAN® 6 mg/mL, perf	Busulfan	172,50 € ; 176,123 €	-33 %	01/01/2019
Caelyx® 2 mg/mL, 10 mL 2 mg/mL, 25 mL	Doxorubicine	314,381 € ; 320,983 € 786,250 € ; 802,761 €	-15 %	01/01/2019
Voncento® 250/600 UI, inj 500/1200 UI, inj 1000/2400 UI, inj	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	619,38 € ; 632,387 € 1238,76 € ; 1264,774 € 2477,52 € ; 2529,548 €	-7,5 %	01/01/2019
Eqwilate® 500 UI / 500 UI 1000 UI / 1000 UI	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	516,150 € ; 526,989 € 1032,300 € ; 1053,978 €	-7,5%	01/01/2019
Wilstart® 100 UI/mL	Facteur VIII humain et facteur de Willebrand humain	1032,300 € ; 1053,978 €	-7,5%	01/01/2019
Wilfactin® 100 UI/mL, 5 mL 100 UI/mL, 10 mL 100 UI/mL, 20 mL	Facteur de Willebrand humain	470,131 € ; 480,004 € 940,263 € ; 960,009 € 1880,525 € ; 1920,016 €	-7,5%	01/01/2019

Spécialité	DCI	Tarif HT ; Tarif TTC	Taux de variation du tarif	Date d'application
Clotfact® 1,5 g/100 mL	Fibrinogène humain	678,025 € ; 692,264 €	-7,5 %	01/01/2019
Riastap® 1 g, inj	Fibrinogène humain	452,017 € ; 461,509 €	-2,4 %	01/01/2019
Cérézyme® 400 UI, perf	Imiglucérase	1275,636 € ; 1302,424 €	-9,5 %	01/01/2019
Gazyvaro® 1000 mg, 40 mL	Obinutuzumab	2892,65 € ; 2953,4 €	-10 %	01/01/2019
Alimta® 100 mg, perf 500 mg, perf	Pemetrexed	148,393 € ; 151,509 € 705,888 € ; 720,712 €	-14 %	01/01/2019
Mabthera® 1400 mg/11,7 mL	Rituximab	1488,555 € ; 1519,815 €	-5%	01/01/2019
Yondelis® 0,25 mg, perf 2 mg, perf	Trabectédine	192,483 € ; 196,525 € 769,933 € ; 786,102 €	-4,6 %	01/01/2019
Herceptin® 600 mg/5 mL	Trastuzumab	1304,388 € ; 1331,780 €	-5%	01/01/2019
Entyvio® 300 mg, 20 mL	Védolizumab	1337,875 € ; 1365,970 €	-12,5 %	01/01/2019
Vpriv® 400 UI, perf	Vélaglucérase alfa	1272,112 € ; 1298,826 €	-5 %	01/01/2019
Tysabri® 300 mg, perf	Natalizumab	1473,165 € ; 1504,101 €	-10 %	02/01/2019
Vectibix® 20 mg/mL, 5 mL 20 mg/mL, 10 mL 20 mg/mL, 20 mL	Panitumumab	328,950 € ; 335,858 € 657,900 € ; 671,716 € 1315,800 € ; 1343,432 €	-10 %	02/01/2019
Cosentyx® 150 mg, seringue 150 mg, stylo	Sécukinumab	458,100 € ; 467,720 € 458,100 € ; 467,720 €	-10 %	02/01/2019

Spécialité	DCI	Indication(s) concernée(s)	Date de publication	Date de radiation
Endoglobuline® 50 mg/mL, flacon de 50 mL 50 mg/mL, flacon de 100 mL 50 mg/mL, flacon de 200 mL	Immunoglobuline humaine normale	Ensemble des indications	06/12/2017	01/01/2018
Sandoglobuline® 120 mg/mL, flacon de 50 mL 120 mg/mL, flacon de 100 mL 1 g, inj 3 g, inj 6 g, inj 12 g, inj	Immunoglobuline humaine normale	Ensemble des indications	06/12/2017	01/01/2018
Vivaglobin® 160 mg/mL, flacon 0,48 g 160 mg/mL, flacon 3,2 g 160 mg/mL, amp 0,8 g 160 mg/mL, amp 1,6 g 160 mg/mL, amp 8 g 160 mg/mL, amp 16 g 160 mg/mL, amp 32 g	Immunoglobuline humaine normale (plasmatique)	Ensemble des indications	06/12/2017	01/01/2018
Humira® 40 mg, seringue de 0,4 mL 40 mg, stylo de 0,4 mL 40 mg, seringue de 0,8 mL 40 mg, stylo de 0,8 mL	Adalimumab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le Méthotrexate	23/01/2018	01/03/2018
Humira® 40 mg, seringue de 0,8 mL 40 mg, stylo de 0,8 mL	Adalimumab	Ensemble des indications	01/03/2018	01/03/2018
Bendamustine ACC® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	06/12/2017	01/03/2018
Bendamustine DRR® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	06/12/2017	01/03/2018

Spécialité	DCI	Indication(s) concernée(s)	Date de publication	Date de radiation
Bendamustine FRK® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	06/12/2017	01/03/2018
Bendamustine MDC® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	01/02/2018	01/03/2018
Bendamustine MYLAN® 2,5 mg/mL, 25 mg 2,5 mg/mL, 100 mg	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	13/12/2017	01/03/2018
Levact® 2,5 mg/mL, flacon de 26 mL 2,5 mg/mL, flacon de 60 mL	Bendamustine	- Lymphome non hodgkinien indolent en progression , en monothérapie, pendant ou dans les 6 mois, chez des patients ayant reçu un traitement par Rituximab seul ou en association - Myélome multiple (stade II en progression ou stade III), en 1 ^{ère} ligne, en association avec la prednisone chez des patients ≥ 65 ans non éligibles à la greffe autologue de cellules souches et présentant une neuropathie excluant l'utilisation du Thalidomide ou du Bortézomib	24/11/2017	01/03/2018
Enbrel® 25 mg, pdre inj 25 mg, seringue de 0,5 mL 50 mg, pdre inj 50 mg, flacon 50 mg, seringue de 1 mL 50 mg, stylo de 1 mL	Etanercept	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le Méthotrexate	23/01/2018	01/03/2018
Enbrel® 25 mg/mL pédiatrique fl. + srg	Etanercept	Ensemble des indications	01/03/2018	01/03/2018
Flixabi® 100 mg, perf	Infliximab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive, en association avec le Méthotrexate , pour la réduction des signes et symptômes mais aussi l'amélioration des capacités fonctionnelles chez les adultes non traités auparavant par le Méthotrexate ni les autres DMARD	23/01/2018	01/03/2018
Inflextra® 100 mg, perf	Infliximab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive, en association avec le Méthotrexate , pour la réduction des signes et symptômes mais aussi l'amélioration des capacités fonctionnelles chez les adultes non traités auparavant par le Méthotrexate ni les autres DMARD	23/01/2018	01/03/2018
Remicade® 100 mg, perf	Infliximab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive, en association avec le Méthotrexate , pour la réduction des signes et symptômes mais aussi l'amélioration des capacités fonctionnelles chez les adultes non traités auparavant par le Méthotrexate ni les autres DMARD	23/01/2018	01/03/2018
Remsima® 100 mg, perf	Infliximab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive, en association avec le Méthotrexate , pour la réduction des signes et symptômes mais aussi l'amélioration des capacités fonctionnelles chez les adultes non traités auparavant par le Méthotrexate ni les autres DMARD	23/01/2018	01/03/2018

Spécialité	DCI	Indication(s) concernée(s)	Date de publication	Date de radiation
Simponi® 100 mg, seringue de 1 mL 100 mg, stylo de 1 mL	Golimumab	- Polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le Méthotrexate	23/01/2018	01/03/2018
Yervoy® 5 mg/mL, flacon de 10 mL 5 mg/mL, flacon de 40 mL	Ipilimumab	Ensemble des indications	24/11/2017	01/03/2018
Zavedos® 5 mg, inj 10 mg, inj	Idarubicine	Ensemble des indications	19/12/2017	01/03/2018
Kovaltry® 250 UI, inj système Bioset 500 UI, inj système Bioset 1000 UI, inj système Bioset	Octocog alfa	Ensemble des indications	17/05/2018	17/05/2018
Alfalastin® 33,33 mg, inj	Alpha-1-antitrypsine humaine	Ensemble des indications	09/03/2018	01/07/2018
Busulfan Mylan® 6 mg/mL, perf	Busulfan	- A la suite de Fludarabine (FB), traitement de conditionnement préalable à une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) chez l'adulte éligible à un conditionnement à intensité réduite (RIC).	03/07/2018	03/07/2018

Spécialité	DCI	Indication(s)	Date de la modification
Avastin® 25 mg/mL, fl. 4 mL 25 mg/mL, fl. 16 mL	Bévacizumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - En association au Paclitaxel, au Topotécan ou à la Doxorubicine liposomale pégylée, est indiqué chez les patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif , en rechute, résistant aux sels de platine, qui n'ont pas reçu plus de deux protocoles antérieurs de chimiothérapie et qui n'ont pas été préalablement traitées par du Bévacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF ou d'autres agents ciblant le récepteur du VEGF.	10/01/2018
Erelzi® 25 mg, srg de 0,5 mL 50 mg, srg de 1 mL 50 mg, stylo de 1 mL	Etanercept	Modification des indications ouvrant droit à la prise en charge en sus : <i>Pour l'adulte :</i> - Polyarthrite Rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au Méthotrexate (MTX), en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond, y compris le MTX (sauf CI). Monothérapie possible en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement avec le MTX est inadaptée. - Polyarthrite Rhumatoïde sévère, active et évolutive non précédemment traitée par MTX. - Spondylarthrite ankylosante sévère et active si réponse inadéquate au tmt conventionnel. - Spondylarthrite axiale non radiographique sévère avec des signes objectifs d'inflammation (taux élevé de CRP) et/ou des signes visibles à l'IRM, en cas de réponse inadéquate aux AINS. - Rhumatisme psoriasique actif et évolutif en cas de réponse inadéquate au traitement de fond. - Psoriasis en plaques chronique sévère , défini par un échec (non répondeurs, CI ou intolérants) à au moins 2 traitements parmi les traitements systémiques non biologiques (MTX, Ciclosporine et Acitrétine) et la photothérapie, et une surface corporelle atteinte étendue et/ou un retentissement psychosocial important. <i>Pour l'enfant :</i> - Psoriasis en plaques sévère chronique de l'enfant ≥ 6 ans et de l'adolescent en cas de contrôle inadéquat, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques ou à la photothérapie. - Arthrite juvénile idiopathique : Polyarthrite (facteur rhumatoïde positif ou négatif) et de l'oligoarthrite extensive, de l'enfant ≥ 2 ans et de l'adolescent ayant un poids ≥ 62,5 kg, en cas de réponse inadéquate ou intolérance avérée au MTX. Arthrite psoriasique de l'adolescent ≥ 12 ans en cas de réponse inadéquate au MTX. Arthrite liée à l'enthésite de l'adolescent ≥ 12 ans en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance avérée au traitement de référence.	23/01/2018
Halaven® 0,44 mg/mL, fl. 2 mL	Eribuline	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Liposarcome non résécable chez les adultes ayant reçu un protocole de chimiothérapie antérieur comportant une anthracycline (sauf chez les patients ne pouvant pas recevoir ce traitement) pour le traitement d'une maladie avancée ou métastatique.	23/01/2018
Benepali® 50 mg, srg 0,98 mL 50 mg, stylo	Etanercept	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Arthrite juvénile idiopathique : Traitement de la polyarthrite (facteur rhumatoïde positif ou négatif) de l'enfant ≥ 2 ans et de l'adolescent ayant un poids ≥ 62,5 kg, en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance avérée au MTX.	31/01/2018
Gazyvaro® 1000 mg, fl. 40 mL	Obinutuzumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Lymphome folliculaire , en association à la Bendamustine en induction suivi d'un traitement d'entretien, en cas de non-réponse ou de progression, pendant ou dans les 6 mois suivant un traitement incluant du Rituximab.	01/02/2018

Spécialité	DCI	Indication(s)	Date de la modification
Opdivo® 10 mg/mL, fl. 4 mL 10 mg/mL, fl. 10 mL	Nivolumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement du mélanome au stade avancé , en 1ère ligne, en association à l'Ipilimumab, chez des patients ECOG 0 ou 1, dont la tumeur est B-RAF non muté, ne présentant pas de métastase cérébrale active et avec une administration dans des centres disposant d'une réanimation médicale polyvalente ou équivalent.	01/02/2018
Vectibix® 20 mg/mL, fl. 5 mL 20 mg/mL, fl. 10 mL 20 mg/mL, fl. 20 mL	Panitumumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec un statut RAS non muté (type sauvage) en première ligne en association avec un protocole FOLFOX ou FOLFIRI.	13/02/2018
Simponi® 50 mg, ser 0,5 mL 50 mg, stylo 0,5 mL 100 mg, ser 1 mL 100 mg, stylo 1 mL	Golimumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de la spondylarthrite axiale active non radiographique sévère de l'adulte avec des signes objectifs d'inflammation, se traduisant par un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou de signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).	20/02/2018
Voncento® 250/600 UI, inj 500/1200 UI, inj 1000/2400 UI, inj	Facteur VIII de coagulation humain Facteur de Willebrand	Ajout d'indications ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Prophylaxie des épisodes hémorragiques - Traitement des épisodes hémorragiques ou prophylaxie et traitement des saignements d'origine chirurgicale , chez les enfants d'âge < 12 ans, atteints de la maladie de Willebrand, lorsque le traitement par la Desmopressine (DDAVP) seule est inefficace ou contre-indiqué.	13/04/2018
Hyqvia® 100 mg/mL, 25 mL 100 mg/mL, 50 mL 100 mg/mL, 100 mL 100 mg/mL, 200 mL 100 mg/mL, 300 mL	Facteur VIII de coagulation humain Facteur de Willebrand	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement substitutif de l' hypogammaglobulinémie chez des patients adultes avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes, et aux posologies de l'AMM.	13/04/2018
Clairyg® 50 mg/mL, 20 mL 50 mg/mL, 50 mL 50 mg/mL, 100 mL 50 mg/mL, 200 mL 50 mg/mL, 400 mL	Immunoglobuline humaine normale	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement immunomodulateur des polyradiculoneuropathies inflammatoires démyélinisantes chroniques (PIDC) .	17/05/2018
Opdivo® 10 mg/mL, fl. 4 mL 10 mg/mL, fl. 10 mL	Nivolumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement, en monothérapie, des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures en progression pendant ou après une chimiothérapie à base de sels de platine.	05/06/2018
Gammanorm® 165 mg/mL, 6 mL 165 mg/mL, 10 mL 165 mg/mL, 12 mL 165 mg/mL, 20 mL 165 mg/mL, 24 mL 165 mg/mL, 48 mL 165 mg/mL, 1,65 g 165 mg/mL, 16,5 g 165 mg/mL, 33 g	Immunoglobuline humaine normale	Modification des indications ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de substitution des déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps ; - Traitement de substitution : - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de LLC , chez qui la prophylaxie antibiotique a échoué ou est contre-indiquée ; - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple.	03/07/2018

Spécialité	DCI	Indication(s)	Date de la modification
Hizentra® 200 mg/mL, 5 mL 200 mg/mL, 10 mL 200 mg/mL, 20 mL 200 mg/mL, 50 mL	Immunoglobuline humaine normale	Modification des indications ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de substitution des déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps ; - Traitement de substitution : - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de LLC , chez qui la prophylaxie antibiotique a échoué ou est contre-indiquée ; - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple.	03/07/2018
Hyqvia® 100 mg/mL, 25 mL 100 mg/mL, 50 mL 100 mg/mL, 100 mL 100 mg/mL, 200 mL 100 mg/mL, 300 mL	Immunoglobuline humaine normale	Modification des indications ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de substitution des déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps ; - Traitement de substitution : - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de LLC , chez qui la prophylaxie antibiotique a échoué ou est contre-indiquée ; - Hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple.	03/07/2018
Entyvio® 300 mg, 20 mL	Védolizumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère , chez les patients en échec (réponse insuffisante, perte de réponse ou intolérance) d'un traitement conventionnel (corticoïdes ou immunosuppresseurs) et d'au moins un anti-TNF ou ayant des contre-indications à ces traitements.	02/08/2018
Gazyvaro® 1000 mg, 40 mL	Obinutuzumab	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Patients atteints de lymphome folliculaire avancé non précédemment traités, en association à une chimiothérapie en induction, suivi d'un traitement d'entretien par GAZYVARO chez les patients répondeurs.	09/10/2018
Hizentra® 200 mg/mL, 5 mL 200 mg/mL, 10 mL 200 mg/mL, 20 mL 200 mg/mL, 50 mL	Immunoglobuline humaine normale	La seule indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge en sus par l'assurance maladie est : - Traitement de substitution chez les adultes, les enfants et les adolescents (0 à 18 ans) atteints d'hypogammaglobulinémie chez des patients en pré et post-transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.	01/11/2018
Gammanorm® 165 mg/mL, 6 mL 165 mg/mL, 12 mL 165 mg/mL, 24 mL 165 mg/mL, 48 mL	Immunoglobuline humaine normale	Ajout d'une indication ouvrant droit à la prise en charge en sus : - Traitement de substitution chez les adultes, les enfants et les adolescents (0 à 18 ans) atteints d'hypogammaglobulinémie chez des patients en pré et post transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (GCSH).	11/12/2018