

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 5 septembre 2024 fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale

NOR : TSSS2421975A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et la ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-18-1, R. 162-37-2 et R. 163-59 ;

Vu les courriers d'intention d'inscription du 25 juin 2024 adressés par l'administration, en application de l'article R. 163-59 (III) du code de la sécurité sociale, et les observations en réponse transmises, le cas échéant, par les entreprises concernées ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 20 août 2024 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 27 août 2024 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 28 août 2024 ;

Vu la saisine du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 7 août 2024,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les spécialités pharmaceutiques figurant en annexe du présent arrêté sont prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale, dans les limites fixées le cas échéant par la liste établie par ladite annexe et dans les conditions prévues aux articles L. 162-18-1 et R. 163-59 à R. 163-64 du même code.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 septembre 2024.

*La ministre du travail,
de la santé et des solidarités,*
Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
D. CHAMPETIER

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
D. CHAMPETIER

*La directrice générale
de l'offre de soins,*
M. DAUDE

ANNEXE

(93 inscriptions)

Les spécialités suivantes sont inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge ne s'applique pas aux indications faisant l'objet pour la spécialité concernée d'une prise en charge au titre des I et II de l'article R. 162-37-2 du même code.

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Revlimid est indiqué, en association avec le rituximab (anticorps anti-CD20), pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome folliculaire (de grade 1, 2 ou 3a) préalablement traité non-réfractaires au rituximab (patients non préalablement traités par rituximab ou qui n'ont pas rechuté sous traitement incluant le rituximab ou dans les 6 mois suivant son arrêt) ;
- Velcade, en association au rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau non traité au préalable, pour lesquels une greffe de cellules souches hématopoïétiques est inadaptée ;
- Venclyxto en association avec le rituximab est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'une LLC ayant reçu au moins un traitement antérieur ;
- Zydelig est indiqué en association au rituximab pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) :
 - ayant reçu au moins un traitement antérieur ; ou
 - comme traitement de première intention en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients qui ne sont éligibles à aucun autre traitement ;
- Tavneos, en association avec un traitement par rituximab, est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de granulomatose avec polyangéite (GPA) ou de polyangéite microscopique (PAM) sévère et active ;
- Imbruvica en association au rituximab pour le traitement de 1^{re} ligne de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), uniquement chez les patients éligibles à un traitement à base de fludarabine à pleine dose et ne présentant pas de délétion (del) 17p ni de mutation TP53.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
RITUXIMAB	RUXIENCE 100 mg, solution à diluer pour perfusion	3400890003919	RUXIENCE 100 MG PERF FL10ML	PFIZER
RITUXIMAB	RUXIENCE 500 mg, solution à diluer pour perfusion	3400890003926	RUXIENCE 500MG PERF FL50ML	PFIZER
RITUXIMAB	MABTHERA 100 mg solution à diluer pour perfusion	3400891977028	MABTHERA 100MG PERF FL10ML	ROCHE
RITUXIMAB	MABTHERA 500 mg solution à diluer pour perfusion	3400891977196	MABTHERA 500MG PERF FL50ML	ROCHE
RITUXIMAB	MABTHERA 1 400 MG/11,7 ML solution pour injection sous-cutanée	3400894036913	MABTHERA 1400 MG INJ SC FL	ROCHE
RITUXIMAB	TRUXIMA 500 mg, solution à diluer pour perfusion	3400894238317	TRUXIMA 500MG PERF FL50ML	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE
RITUXIMAB	TRUXIMA 100 mg, solution à diluer pour perfusion	3400894281658	TRUXIMA 100MG PERF FL10ML	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE
RITUXIMAB	RIXATHON 100 mg, solution à diluer pour perfusion	3400894274506	RIXATHON 100MG PERF FL10ML	SANDOZ
RITUXIMAB	RIXATHON 500 mg, solution à diluer pour perfusion	3400894274674	RIXATHON 500MG PERF FL50ML	SANDOZ

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Lynparza est indiqué en association au bévacizumab pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial avancé (stades FIGO III et IV) de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif et qui sont en réponse partielle ou complète à une première ligne de traitement associant une chimiothérapie à base de platine au bévacizumab et dont le cancer est associé à un statut positif de la déficience en recombinaison homologue (HRD), défini par une mutation des gènes BRCA1/2 et/ou une instabilité génomique ;
- Tecentriq, en association au bevacizumab, est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ou non résécable, n'ayant pas reçu de traitement systémique

antérieur, avec une fonction hépatique préservée (stade Child-Pugh A), un score ECOG 0 ou 1, et non éligibles aux traitements locorégionaux ou en échec à l'un de ces traitements ;

- Keytruda, en association à une chimiothérapie avec ou sans bevacizumab, dans le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS \geq 1.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
BEVACIZUMAB	ZIRABEV 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000246	ZIRABEV 25MG/ML PERF FL16ML	PFIZER
BEVACIZUMAB	ZIRABEV 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000253	ZIRABEV 25MG/ML PERF FL4ML	PFIZER
BEVACIZUMAB	MVASI 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000994	MVASI 25MG/ML PERF FL16ML	AMGEN SAS
BEVACIZUMAB	MVASI 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890001007	MVASI 25MG/ML PERF FL4ML	AMGEN SAS
BEVACIZUMAB	AYBINTIO 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890005234	AYBINTIO 25MG/ML PERF FL16ML	ORGANON FRANCE
BEVACIZUMAB	AYBINTIO 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890005241	AYBINTIO 25MG/ML PERF FL4ML	ORGANON FRANCE
BEVACIZUMAB	AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	3400892611044	AVASTIN 25MG/ML PERF FL 4ML	ROCHE
BEVACIZUMAB	AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	3400892611105	AVASTIN 25MG/ML PERF FL 16ML	ROCHE
BEVACIZUMAB	ALYMSYS 25 mg/mL, solution à diluer pour perfusion	3400890011211	ALYMSYS 25MG/ML PERF FL4ML	ZENTIVA FRANCE
BEVACIZUMAB	ALYMSYS 25 mg/mL, solution à diluer pour perfusion	3400890011204	ALYMSYS 25MG/ML PERF FL16ML	ZENTIVA FRANCE
BEVACIZUMAB	OYAVAS 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890012706	OYAVAS 25MG/ML PERF FL16ML	EG LABO - LABORATOIRES EUROGENERIC
BEVACIZUMAB	OYAVAS 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890012713	OYAVAS 25MG/ML PERF FL4ML	EG LABO - LABORATOIRES EUROGENERIC
BEVACIZUMAB	VEGZELMA 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	3400890026512	VEGZELMA 25MG/ML PERF FL16ML	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE
BEVACIZUMAB	VEGZELMA 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	3400890026529	VEGZELMA 25MG/ML PERF FL4ML	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE
BEVACIZUMAB	ABEVMY 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890012478	ABEVMY 25MG/ML PERF FL16ML	BIOCON BIOLOGICS
BEVACIZUMAB	ABEVMY 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890012492	ABEVMY 25MG/ML PERF FL4ML	BIOCON BIOLOGICS

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Perjeta est indiqué en association au trastuzumab et au docétaxel, dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique ou localement récidivant non résécable HER2 positif, n'ayant pas reçu au préalable de traitement anti-HER2 ou de chimiothérapie pour leur maladie métastatique ;
- Tukysa est indiqué en association au trastuzumab et à la capécitabine pour le traitement des patients adultes ayant un cancer du sein HER2 positif localement avancé ou métastatique ayant reçu précédemment au moins 2 traitements anti-HER2 ;
- Tyverb est indiqué chez l'adulte, dans le traitement du cancer du sein, avec surexpression des récepteurs HER2 (ErbB2) en association au trastuzumab chez les patients ayant une maladie métastatique avec des récepteurs hormonaux négatifs, en progression après un (des) traitement(s) antérieur(s) par trastuzumab en association à une chimiothérapie.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
TRASTUZUMAB	ZERCEPAC 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890006668	ZERCEPAC 150MG PERF FL	ACCORD HEALTHCARE FRANCE
TRASTUZUMAB	ZERCEPAC 60 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890016483	ZERCEPAC 60MG PERF FL	ACCORD HEALTHCARE FRANCE
TRASTUZUMAB	ZERCEPAC 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890016476	ZERCEPAC 420MG PERF FL	ACCORD HEALTHCARE FRANCE
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN 150 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400892200972	HERCEPTIN 150MG INJ FL	ROCHE
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN 600 mg, solution injectable en flacon	3400894000372	HERCEPTIN 600 MG/5 ML INJ FL	ROCHE
TRASTUZUMAB	HERZUMA 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894356042	HERZUMA 150MG PERF FL	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE SAS
TRASTUZUMAB	HERZUMA 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894424550	HERZUMA 420MG PERF FL	CELLTRION HEALTHCARE FRANCE SAS
TRASTUZUMAB	ONTRUZANT 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894383475	ONTRUZANT 150MG PERF FL 1	ORGANON FRANCE
TRASTUZUMAB	ONTRUZANT 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894474418	ONTRUZANT 420MG PERF FL	ORGANON FRANCE
TRASTUZUMAB	KANJINTI 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894387619	KANJINTI 150MG PERF FL	AMGEN SAS
TRASTUZUMAB	KANJINTI 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894387787	KANJINTI 420MG PERF FL	AMGEN SAS
TRASTUZUMAB	TRAZIMERA 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894417286	TRAZIMERA 150MG PERF FL	PFIZER
TRASTUZUMAB	TRAZIMERA 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894495468	TRAZIMERA 420MG PERF FL	PFIZER
TRASTUZUMAB	OGIVRI 150 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894440697	OGIVRI 150MG PERF FL	BIOCON BIOLOGICS
TRASTUZUMAB	OGIVRI 420 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400894505556	OGIVRI 420MG PERF FL	BIOCON BIOLOGICS

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Keytruda, en association à une chimiothérapie pemetrexed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne des patients adultes (statut de performance ECOG de 0 ou 1) atteints de cancer bronchique non à petites cellules métastatique non-épidermoïde dont les tumeurs ne présentent pas de mutations d'EGFR ou d'ALK ;
- Rybrevant, en association au carboplatine et au pemetrexed en première ligne de traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé avec mutations activatrices du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) par insertion dans l'exon 20, pour les patients non opérables.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
PEMETREXED	PEMETREXED SANDOZ 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000383	PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL20ML	SANDOZ
PEMETREXED	PEMETREXED SANDOZ 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000390	PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL4ML	SANDOZ
PEMETREXED	PEMETREXED SANDOZ 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890000406	PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL40ML	SANDOZ
PEMETREXED	PEMETREXED EVER PHARMA 25 mg/mL, solution à diluer pour perfusion	3400890008969	PEMETREXED ERP 25MG/ML FL20ML	EVER PHARMA France
PEMETREXED	PEMETREXED EVER PHARMA 25 mg/mL, solution à diluer pour perfusion	3400890008976	PEMETREXED ERP 25MG/ML FL4ML	EVER PHARMA France

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
PEMETREXED	PEMETREXED EVER PHARMA 25 mg/mL, solution à diluer pour perfusion	3400890008990	PEMETREXED ERP 25MG/ML FL40ML	EVER PHARMA France
PEMETREXED	PEMETREXED EG 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009010	PEMETREXED EG 25MG/ML FL20ML	EG LABO - LABORATOIRES EUROGENERICS
PEMETREXED	PEMETREXED EG 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009027	PEMETREXED EG 25MG/ML FL4ML	EG LABO - LABORATOIRES EUROGENERICS
PEMETREXED	PEMETREXED EG 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009034	PEMETREXED EG 25MG/ML FL40ML	EG LABO - LABORATOIRES EUROGENERICS
PEMETREXED	PEMETREXED ACCORD 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009850	PEMETREXED ACC 25MG/ML FL20ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE SAS
PEMETREXED	PEMETREXED ACCORD 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009867	PEMETREXED ACC 25MG/ML FL34ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE SAS
PEMETREXED	PEMETREXED ACCORD 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009881	PEMETREXED ACC 25MG/ML FL4ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE SAS
PEMETREXED	PEMETREXED ACCORD 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890009898	PEMETREXED ACC 25MG/ML FL40ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE SAS
PEMETREXED	ALIMTA 500 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400892617718	ALIMTA 500MG PERF FL	LILLY FRANCE
PEMETREXED	ALIMTA 100 MG Poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400893116708	ALIMTA 100HG PERF FL	LILLY FRANCE
PEMETREXED	ARMISARTE 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894172277	ARMISARTE 25MG/ML PERF FL20ML	TEVA SANTE
PEMETREXED	ARMISARTE 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894172338	ARMISARTE 25MG/ML PERF FL4ML	TEVA SANTE
PEMETREXED	ARMISARTE 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894172567	ARMISARTE 25MG/ML PERF FL40ML	TEVA SANTE
PEMETREXED	PEMETREXED VIATRIS 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894427803	PEMETREXED VIA 25MG/ML FL20ML	VIATRIS SANTE
PEMETREXED	PEMETREXED VIATRIS 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894427971	PEMETREXED VIA 25MG/ML FL4ML	VIATRIS SANTE
PEMETREXED	PEMETREXED VIATRIS 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894428053	PEMETREXED VIA 25MG/ML FL40ML	VIATRIS SANTE
PEMETREXED	PEMETREXED ZENTIVA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894457558	PEMETREXED ZEN 25MG/ML FL20ML	ZENTIVA France
PEMETREXED	PEMETREXED ZENTIVA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894457619	PEMETREXED ZEN 25MG/ML FL4ML	ZENTIVA France
PEMETREXED	PEMETREXED ZENTIVA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894457787	PEMETREXED ZEN 25MG/ML FL40ML	ZENTIVA France
PEMETREXED	PEMETREXED STRAGEN 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894515203	PEMETREXED SGN 25MG/ML FL20ML	STRAGEN FRANCE
PEMETREXED	PEMETREXED STRAGEN 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894515371	PEMETREXED SGN 25MG/ML FL4ML	STRAGEN FRANCE
PEMETREXED	PEMETREXED STRAGEN 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400894515432	PEMETREXED SGN 25MG/ML FL40ML	STRAGEN FRANCE
PEMETREXED	PEMETREXED FRESENIUS KABI 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890005296	PEMETREXED FRK 25MG/ML FL20ML	FRESENIUS KABI France
PEMETREXED	PEMETREXED FRESENIUS KABI 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890005319	PEMETREXED FRK 25MG/ML FL40ML	FRESENIUS KABI France
PEMETREXED	PEMETREXED FRESENIUS KABI 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890005302	PEMETREXED FRK 25MG/ML FL4ML	FRESENIUS KABI France
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 1000 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890011082	PEMETREXED HPI 1000MG PERF FL1	PFIZER

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 100 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890011099	PEMETREXED HPI 100MG PERF FL1	PFIZER
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 500 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890011143	PEMETREXED HPI 500MG PERF FL1	PFIZER
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890011112	PEMETREXED HPI 25MG/ML FL4ML	PFIZER
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890011105	PEMETREXED HPI 25MG/ML FL20ML	PFIZER
PEMETREXED	PEMETREXED HOSPIRA 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400890011129	PEMETREXED HPI 25MG/ML FL40ML	PFIZER
PEMETREXED	PEMETREXED SUN 100 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890017251	PEMETREXED SUN 100MG PERF FL	SUN PHARMA France
PEMETREXED	PEMETREXED SUN 500 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890017268	PEMETREXED SUN 500MG PERF FL	SUN PHARMA France
PEMETREXED	PEMETREXED SUN 1000 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	3400890018531	PEMETREXED SUN 1000MG PERF FL	SUN PHARMA France

Les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie sont, pour la spécialité visée dans le tableau ci-dessous :

- Calquence est indiqué en association avec l'obinutuzumab dans le traitement de 1^{re} ligne de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez des patients adultes ne présentant pas de délétion (del) 17p ni de mutation TP53 et inéligibles à un traitement à base de fludarabine à pleine dose, ou chez les patients adultes présentant un statut cytogénétique de mauvais pronostic (délétion 17p ou mutation TP53) ;
- Venclyxto, en association à l'obinutuzumab, dans le traitement des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) non précédemment traités, uniquement en présence d'une délétion 17p et/ou mutation TP53 ou chez les patients ne présentant pas de délétion 17p ou de mutation TP53 et inéligibles à un traitement à base de fludarabine.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
OBINUTUZU-MAB	GAZYVARO 1 000 mg, solution à diluer pour perfusion	3400894067610	GAZYVARO 1 000 MG PERF FL40ML	ROCHE

L'indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie est, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Braftovi est indiqué en association au cetuximab, dans le traitement de patients adultes atteints de cancer colorectal (CCR) métastatique porteur d'une mutation BRAF V600E, ayant reçu un traitement systémique antérieur (dosage 75 mg).

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
CETUXIMAB	ERBITUX 2 mg/ml solution pour perfusion	3400892605999	ERBITUX 2 MG/ML INJ FL 50 ML	MERCK SERONO
CETUXIMAB	ERBITUX 5 mg/ml, solution pour perfusion	3400893011119	ERBITUX 5MG/ML PERF FL 100ML	MERCK SERONO
CETUXIMAB	ERBITUX 5 mg/ml, solution pour perfusion	3400893011287	ERBITUX 5MG/ML PERF FL 20ML	MERCK SERONO

L'indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie est, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Bevacizumab, en association à la doxorubicine liposomale pégylée (DLP), 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 bevacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF ou d'autres agents ciblant le récepteur du VEGF.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
doxorubicine liposomale pégylée	ZOLSKETIL PEGYLATED LIPOSOMAL 2 mg/mL, dispersion à diluer pour perfusion	3400890023610	ZOLSKETIL 2MG/ML DISP FL10ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE
doxorubicine liposomale pégylée	ZOLSKETIL PEGYLATED LIPOSOMAL 2 mg/mL, dispersion à diluer pour perfusion	3400890023627	ZOLSKETIL 2MG/ML DISP FL25ML	ACCORD HEALTHCARE FRANCE
doxorubicine liposomale pégylée	CAELYX PEGYLATED LIPOSOMAL 2 mg/ml, solution à diluer pour perfusion	3400891944600	CAELYX PEG 2MG/ML PERF F10ML	BAXTER SAS
doxorubicine liposomale pégylée	CAELYX PEGYLATED LIPOSOMAL 2 mg/ml Solution à diluer pour perfusion	3400892294834	CAELYX PEG 2MG/ML PERF F25ML	BAXTER SAS

L'indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie est, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Kyprolis en association avec le daratumumab et la dexaméthasone, est indiqué dans le traitement du myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
DARATUMU-MAB	DARZALEX 20 mg/mL solution à diluer pour perfusion	3400894178712	DARZALEX 20MG/ML PERF FV20ML	JANSSEN-CILAG
DARATUMU-MAB	DARZALEX 20 mg/mL solution à diluer pour perfusion	3400894178880	DARZALEX 20MG/ML PERF FV5ML	JANSSEN-CILAG
DARATUMU-MAB	DARZALEX 1800 mg, solution injectable	3400890006576	DARZALEX 1800MG INJ FV15ML	JANSSEN-CILAG

L'indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge en sus, au titre de l'article L. 162-18-1 précité, par l'assurance maladie est, pour les spécialités visées dans le tableau ci-dessous :

- Sarclisa est indiqué en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ont reçu au moins un traitement antérieur.

Dénomination Commune Internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Code UCD	Libellé de l'UCD	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
CARFILZOMIB	KYPROLIS 10 mg, poudre pour solution pour perfusion	3400894207320	KYPROLIS 10MG PERF FL	AMGEN SAS
CARFILZOMIB	KYPROLIS 30 mg, poudre pour solution pour perfusion	3400894207498	KYPROLIS 30MG PERF FL	AMGEN SAS
CARFILZOMIB	KYPROLIS 60 mg, poudre pour solution pour perfusion	3400894138389	KYPROLIS 60MG PERF FL	AMGEN SAS