

Jinarc® (Tolvaptan) Demande de garantie de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.01.2026

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour ralentir la progression du développement des kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m² et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.

Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement par JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP. Les centres définis par l'OFSP (cf. <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>) remplissent au moins deux des trois critères suivants:

- Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B.
- Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre.
- Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC.

La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:

- Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique
- Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement
- Posologie initiale

Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 12 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient n'achète plus de boîte pendant 6 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant la constatation de l'arrêt du traitement. [\(LS\)](#).

Données du patient:

Nom:

Prénom:

Né le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales

Critères diagnostiques (l'un des deux critères doit être rempli)

- diagnostic de PKRAD avéré selon Pei-Ravine (>4 kystes/rein) - morphologie typique de la «Class I ADPKD» (répartition bilatérale et diffuse des kystes avec remplacement léger à élevé du tissu rénal par les kystes)
- preuve génétique

Stade de la maladie (le critère doit être rempli)

Volume rénal total \geq 750 ml au début du traitement: ml

et DFGe \geq 30ml/min/1.73 m²: ml/min/1.73m²

en présence de signes d'une pathologie progressant rapidement:

- avec **CKD 1** et pronostic de progression de classe **1D** ou **1E** sur la base de la classification Mayo (âge en lien avec le TKV), classe Mayo (1D ou 1 E) au début du traitement: classe Mayo 1D 1E
- ou**
- avec **CKD 2 et 3** et pronostic de progression de classe **1C**, **1D** ou **1E** sur la base de la classification Mayo (âge en lien avec le TKV), classe Mayo (1C, 1D ou 1 E) au début du traitement: classe Mayo 1C 1D 1E

Dose initiale prévue ou déjà reçue:

- 45 mg plus 15 mg
- 15 mg (uniquement chez les patients qui prennent des inhibiteurs puissants du CYP3A)
- 15 mg plus 15 mg (uniquement chez les patients qui prennent des inhibiteurs modérés du CYP3A)

Âge du patient au début du traitement (années):

Nous attestons que nous figurons sur la liste de l'OFSP des centres habilités à effectuer un traitement par Jinarc® ([lien vers la liste](#)).

Remarques, informations supplémentaires:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date: