

Bon usage du médicament et médico-économie

Au sommaire de ce Flash Info n°2015-01



A la une ...

- Organisation de la prise en charge de l'hépatite C pour les nouveaux antiviraux
- Prise en charge de la rosuvastatine et de l'ézétimibe seul/en association
- Décret PHEV



Publications relatives au BUM



Listes hors GHS

Inscriptions, radiations, RBU, ASMR, restrictions de prise en charge



ATU



RTU



Rétrocessions

Inscriptions, fixation du prix de vente, conditions particulières de prise en charge



CBUMPP 2014-2018



PHEV

Bon usage du médicament et médico-économie

A la une :

Organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux

Les conditions de prises en charge des nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD) sont :

- Le respect des indications remboursables publiées au journal officiel ([lien vers le sofosbuvir-\(SOVALDI®\)](#))
- l'initiation du traitement dans les pôles de référence hépatites avec tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Afin d'encadrer cette prise en charge, le Ministère de la Santé a publié les documents suivant : **une lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux, ainsi qu'une fiche de synthèse à utiliser lors de la tenue de la RCP.** Le compte-rendu complet de cette RCP devra être **tracé et une copie versée au dossier patient. La PUI doit s'assurer de la tenue de cette réunion pour dispenser ces traitements** (conservation de la trace au dossier patient).

- [Lettre d'instruction](#)
- [Fiche de synthèse de réunion de concertation pluridisciplinaire \(RCP\)](#)
- [Liste des services experts de lutte contre les hépatites virales](#)

Les [informations relatives à la prise en charge de l'hépatite C chronique sont disponibles sur le site Ministère de la Santé.](#)

Vous pouvez les télécharger sur le site [e-OMEDIT Midi-Pyrénées/galerie de fichiers/«12-Midi-Pyrénées-Prescriptions hospitalières délivrées en ville \(PHEV\)»](#)

Procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la rosuvastatine et de l'ézétimibe seul ou en association



La procédure d'application de la demande d'accord préalable du service de contrôle médical de l'assurance maladie, pour bénéficier de la prise en charge de la rosuvastatine (CRESTOR®) et de l'ézétimibe seul (EZETROL®) ou en association fixe avec la simvastatine (INEGY®), notamment dans le cas de prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV), a été publiée dans l'instruction DGOS/PF2/2014/368 du 30 décembre 2014. Le modèle de demande d'accord préalable à 3 volets, faisant office de prescription, est publié dans la même instruction.

La mesure concerne uniquement les primo-prescriptions.

Le service du contrôle médical établit sa décision à partir des logigrammes d'aide à la décision publiés dans le JO du 23/09/2014 (rosuvastatine [NOR : AFSU1400143S](#) et ézétimibe [NOR : AFSU1400144S](#)), dans un délai de 15 jours. Au-delà, l'absence de réponse vaut pour accord. En cas de refus de prise en charge et de maintien de la prescription, le médecin est dans l'obligation d'indiquer la mention « non remboursable » sur sa prescription.

Décret relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé



La loi prévoit un taux cible de prescription, par les praticiens des établissements de santé, de médicaments génériques délivrés au patient en officine de ville après sa sortie de l'hôpital et donc remboursables sur l'enveloppe financière des soins de ville. Les ARS sont ainsi chargées de suivre, pour chaque établissement de santé, l'évolution du taux de prescription, par les praticiens de l'établissement, de médicaments remboursables en ville et appartenant au répertoire des groupes génériques et de le comparer au taux cible fixé par arrêté. Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant notamment un objectif de progression du volume de prescription des médicaments génériques est susceptible d'être conclu en cas d'écart constaté.

Pour l'application en 2015 du dispositif, le taux cible prévisionnel de prescription de médicaments génériques est fixé à **39% au titre de la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015.**

[\(NOR AFSS1505944A\)](#)

1. Publications relatives au bon usage des médicaments

- Réévaluation du service médical rendu (SMR) des anticoagulants oraux d'action directe par la HAS :

- **diminution du niveau du SMR** du **dabigatran (PRADAXA®)** : passe d'**important** à **modéré**
- les **SMR de l'apixaban (ELIQUIS®)** et du **rivaroxaban (XARELTO®)** restent **importants**.

Concernant la place de ces médicaments dans la stratégie de prévention des événements vasculaires, la Commission de la Transparence considère qu'ils doivent, dans l'état actuel des connaissances, **être prescrits en 2^e intention après les antivitamines K (AVK), et seulement dans certaines situations**, compte tenu de l'**absence d'antidote** (avec néanmoins des produits en cours de développement) et de l'**absence de possibilité de mesurer en pratique courante le niveau d'anticoagulation**. [Plus d'informations sur le site de la HAS.](#)

- **Benzodiazépines** : publication d'une **fiche de bon usage** par la HAS sur la **place des benzodiazépines dans l'insomnie**. Il est notamment rappelé que leur usage requiert le respect de règles précises : dose minimum utile, limitation dans le temps (< 28 j), information du patient sur la durée du traitement, ses modalités d'arrêt et ses effets indésirables, réévaluation programmée de la situation, anticipation sur les modalités d'arrêt.

[Fiche de bon usage benzodiazépine](#)

- **Fiche de bon usage des médicaments « Quelle place pour les associations fixes corticoïde/bêta-2 mimétique longue durée d'action dans le traitement de fond de l'asthme persistant ? »** publiée par la HAS. Ces médicaments, à n'utiliser qu'en traitement continu de l'asthme persistant, modéré à sévère, en seconde intention, **n'ont pas démontré de différence d'efficacité ou de tolérance entre eux**.

[Asthme - Fiche BUM 2015](#)

2. Médicaments : Liste Hors GHS

Pour obtenir l'intégralité du libellé de l'indication, vous pouvez consulter le RCP du médicament et/ou la synthèse du RBU mis en ligne sur : [e-OMEDIT Midi-Pyrénées page Midi-Pyrénées/galerie de fichiers/« 01- Midi-Pyrénées-Listes hors GHS »](#)

2.1. Nouvelles inscriptions

- ✓ **Infliximab** : inscription d'**INFLECTRA**[®] et **REMSIMA**[®], biosimilaires du **REMICADE**[®] (traitement de référence). Ces nouvelles spécialités sont prises en charge par l'assurance maladie dans les **mêmes indications de l'AMM** du traitement de référence.



Les indications du **REMICADE**[®] faisant l'objet d'un Protocole Thérapeutique Temporaire (*Pyoderma gangrenosum*, uvéite) ou d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (maladie de Takayasu réfractaire) **ne sont pas prises en charge dans ce cadre**

- ✓ **Tocilizumab (ROACTEMRA**[®]) **162mg sous cutanée** : Cette nouvelle présentation à dose fixe sous cutanée est **indiqué uniquement dans le traitement** de la **polyarthrite rhumatoïde** (PR) active, modérée à sévère, chez les patients adultes qui ont présenté soit une réponse inadéquate, soit une intolérance à un précédent traitement par un ou plusieurs traitements de fond (DMARDs) ou par un ou plusieurs anti-TNF.



Non indiqué dans le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique ou polyarticulaire

- ✓ **Rituximab (MABTHERA**[®]) **1400mg/11,7 ml SC** : nouvelle présentation pour administration sous-cutanée, **uniquement** indiquée dans le **traitement des lymphomes non hodgkiniens (LNH)** :
 - en **association à une chimiothérapie** pour le traitement des patients présentant un **lymphome folliculaire de stade III et IV** non précédemment traité.
 - en **traitement d'entretien** chez les patients présentant un **lymphome folliculaire répondant à un traitement d'induction**
 - en **association à une chimiothérapie « CHOP »** chez les patient présentant un **LNH agressif diffus à grandes cellules B, CD20 positif**.



Dose recommandée de MabThera[®] en formulation **SC** chez l'adulte : **1 injection SC** d'une dose fixe de **1 400 mg**, quelle que soit la surface corporelle du patient

Le passage à la formulation sous-cutanée de MabThera[®] ne peut survenir qu'à partir du 2^e cycle ou des cycles ultérieurs de traitement.



Vérifier les étiquettes des médicaments afin de s'assurer que la **formulation appropriée** (intraveineuse ou sous-cutanée) est administrée au patient conformément à la prescription.

- ✓ **Epoprostenol (VELITRI**[®]) : La **seule indication** ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie est le traitement de l'**hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)** (HTAP idiopathique ou héritable et HTAP associée à une connectivite) chez les **patients en classe fonctionnelle III-IV (OMS) pour améliorer la capacité à l'effort**.

- ✓ **Elosulfase alfa (VIMIZIM[®])** : indiqué pour le traitement de la **mucopolysaccharidose de type IV A** (syndrome de Morquio A, MPS IV A) chez les patients de tous âges (**médicament orphelin** dans cette indication).
- ✓ **Yttrium [⁹⁰Y] (YTTRIGA[®])** : Précurseur radiopharmaceutique à utiliser **uniquement** pour le **marquage de molécules vectrices** spécialement développées et autorisées pour être marquées par ce radionucléide.



Ne pas administrer directement aux patients.

2.2. Radiations

Au 1^{er} mars 2015 :

- | | |
|---|---|
| ✓ Tasonermine (BEROMUN[®]) | ✓ 153 Sm-samarium (QUADRAMET[®]) |
| ✓ Amifostine trihydrate (ETHYOL[®]) | ✓ Raltitrexed (TOMUDEX[®]) |
| ✓ Fotemustine (MUPHORAN[®]) | ✓ Strontium 89 chlorure (METASTRON[®]) |
| ✓ Porfimère sodique (PHOTOFRIN[®]) | ✓ Daunorubicine chlorhydrate (DAUNOXOME[®]) |
| ✓ Aldesleukine (PROLEUKIN[®]) | |

2.3. Nouvelles indications

- ✓ **Adalimumab (HUMIRA[®])** : nouvelle indication pour le traitement de l'**arthrite active liée à l'enthésite** chez les patients **à partir de 6 ans en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel**
- ✓ **Bortézomib (VELCADE[®])** : nouvelle indication **en association au rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone** : chez l'adulte, traitement d'un **lymphome du manteau non traité au préalable**, si une **greffe de cellules souches hématopoïétiques est inadaptée**

2.4. (Ré)Évaluation de l'ASMR

- ✓ **Octocog alfa (ADVATE[®])** : **ASMR V, inexistante**. Ces spécialités sont un complément de gamme qui n'apporte pas d'Amélioration du SMR par rapport aux autres présentations déjà agréées.
- ✓ **Infliximab (INFLECTRA[®] et REMSIMA[®])** : **ASMR V, inexistante**. En tant que médicaments biosimilaires, ces spécialités n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu par rapport à la biothérapie de référence, REMICADE[®].
- ✓ **Rituximab (MABTHERA[®])** : **ASMR IV, mineure**. Compte-tenu de l'intérêt potentiel du rituximab par rapport au cyclophosphamide oral chez les patients en rechute et de l'absence d'impact du rituximab sur la fertilité des patients en âge de procréer, MABTHERA[®] apporte une amélioration du service médical rendu mineure dans la stratégie thérapeutique d'**induction de la rémission des**

patients atteints de Granulomatose avec polyangéite (GPA ou maladie de Wegener) et Polyangéite microscopique (PAM) sévères et actives.

- ✓ **Immunoglobulines humaines normales (OCTAGAM[®] 50mg) : ASMR V, inexistante.** OCTAGAM[®] n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu dans la prise en charge des **polyradiculoneuropathies inflammatoires démyélinisantes chroniques** (nouvelle indication) par rapport aux autres immunoglobulines (TEGELINE[®], PRIVIGEN[®]).

2.5. Conditions de prise en charge

- ✓ **Infliximab (REMICADE[®])** : Prise en charge par l'assurance maladie pour une durée de **3 ans** dans le **traitement de la maladie de Takayasu réfractaire aux traitements conventionnels** si son **utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient** ou pour **éviter sa dégradation**. Le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité au terme d'un délai de 3 mois après le début de l'application du protocole de soins (JO du 27/01/2014)
- ✓ **Doxorubicine chlorohydrate (CAELYX[®])** : à **partir du 1er mars 2015**, la prise en charge de cette spécialité est **limitée aux indications suivantes** :
 - traitement d'un **cancer ovarien à un stade avancé** après l'échec d'une chimiothérapie de 1^{er} intention à base de platine
 - **cancer du sein métastatique**: en **monothérapie** chez les patients à **risque cardiaque augmenté**
 - traitement du **myélome multiple en progression** : en **association avec le bortézomib** chez les patients ayant reçu **au moins 1 traitement antérieur** et ayant déjà subi ou **inéligibles à une greffe de moelle osseuse**.



Le traitement du sarcome de Kaposi n'est plus pris en charge dans le cadre de la liste en sus

- ✓ **Certolizumab pegol (CIMZIA[®])** : cette spécialité est dorénavant **prise en charge** pour **l'ensemble de ses indications de l'AMM**.

2.6. Tarifs de responsabilité

- ✓ **Cétuximab (ERBITUX[®])** : baisse du prix de vente à compter du 1^{er} janvier 2015
- ✓ **Aflibercept (ZALTRAP[®])** : baisse du prix de vente à compter du 1^{er} janvier 2015
- ✓ **Immunoglobulines humaines normales IV (GAMMANORM[®])** : prix de vente fixé pour les nouvelles présentations
- ✓ **Infliximab (INFLECTRA[®] et REMSIMA[®])** : prix de vente fixé
- ✓ **Facteur Von Willebrand Humain (WILFACTIN[®])** : baisse du prix et prix de vente fixé pour les nouvelles présentations à compter du 1^{er} février 2015
- ✓ **Facteur Von Willebrand Humain + facteur VIII de la coagulation (WILSTART[®])** : baisse du prix à compter du 1^{er} février 2015
- ✓ **Epoprostenol (FLOLAN[®]) et génériques** : baisse du prix à compter du 15 février 2015

- ✓ **Bévacizumab (AVASTIN®)** : baisse du prix à partir du 8 avril 2015

3. Recommandations Temporaires d'Utilisation (RTU)

(à consulter ou télécharger sur [e-OMEDIT Midi-Pyrénées/](http://e-OMEDIT.Midi-Pyrénées/) galerie de fichiers/« 16- Midi-Pyrénées- RTU »)

- **Infliximab (REMICADE®)** : publication de la prise en charge dérogatoire par l'Assurance Maladie dans la maladie de Takayasu
- **RTU du Baclofène** : 1 an après la mise en place de cette RTU, l'Agence dresse un bilan des 1^{es} données collectées. Elle rappelle que
 - l'**utilisation du baclofène** dans ce cadre doit être **conforme aux modalités de prescription et de suivi** des patients détaillées dans le protocole de la RTU
 - le **recueil de données d'efficacité et de sécurité** via le portail électronique est **nécessaire**.

[Point d'information](#)
- **Décret n° 2014-1703 du 30 décembre 2014 modifiant les règles relatives à l'élaboration de RTU (NOR AFSP1424775D)** : élargissement du périmètre pour permettre une RTU pour l'AVASTIN® dans la DMLA.
- **RTU du bévacizumab (AVASTIN®)** : **Avis favorable** de la commission bénéfice/risque de l'ANSM pour une **RTU** dans le traitement de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge néovasculaire (DMLA).
[Point d'information](#)



L'arrêté ouvrant droit à l'utilisation du bévacizumab (AVASTIN®) dans la DMLA dans le cadre d'une RTU n'est pas encore paru

- Texte relatif à la mise en œuvre de **traitements automatisés de données à caractère personnel** par les entreprises ou organismes exploitant ou important des médicaments dans le cadre des **ATU** et **RTU** ([JO du 14/01/2015, NOR : CNIL1500335X](#)).

4. Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU)

à télécharger sur le site [e-OMEDIT Midi-Pyrénées/](http://e-OMEDIT.Midi-Pyrénées/)galerie de fichiers/« 03 Midi-Pyrénées-ATU ».

Texte relatif à la mise en œuvre de **traitements automatisés de données à caractère personnel** par les entreprises ou organismes exploitant ou important des médicaments dans le cadre des **ATU** et **RTU** ([JO du 14/01/2015, NOR : CNIL1500335X](#)).

5. Rétrocession

- [Liste des établissements de santé dont les Pharmacies à Usage Intérieur sont autorisées à vendre des médicaments au public \(rétrocession\)](#), ARS Midi-Pyrénées, mise à jour en janvier 2015

- L'article 66 de la LFSS 2015 instaure que le **prix de cession facturable** est égal au **prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ce prix d'achat et le prix de vente publié par le CEPS** (art. L.162-16-5 du Code de la Sécurité Sociale). L'**arrêté du 12 février 2015 fixe cette fraction à 50%** à partir du 1^{er} juillet 2015 ([NOR : AFSS1503180A](#))



$$\text{Prix de cession} = \text{Prix d'achat} + 0,5 \times (\text{Prix de vente CEPS} - \text{Prix d'achat})$$

- **Arrêté du 28 novembre 2014 relatif à l'information du consommateur sur le prix des médicaments s'appliquant dans les pharmacies à usage intérieur applicable au 1er juillet 2015** ([NOR : EINC1415451A](#)) :

- le **prix de vente TTC** associé au **taux de prise en charge** doit faire l'objet d'une **information par étiquetage ou par catalogue** classant les médicaments par ordre alphabétique des DCI (matériel ou support électronique) **librement accessible**
- l'**honoraire de dispensation** ainsi que la **mention** «*Le prix des médicaments remboursables est réglementé. Le prix des médicaments non-remboursables est libre. Dans le cas où aucune vignette n'est apposée sur le conditionnement, le prix et les modalités de remboursement du médicament sont accessibles sur le site internet: www.medicaments.gouv.fr.*» doit être **affiché lisiblement et visiblement** dans la pharmacie

5.1. Nouvelles inscriptions

- ✓ **Riociguat (ADEMPAS[®])** : indiqué dans le traitement de l'**HTAP**
- ✓ **Iloprost trométamol (VENTAVIS[®])** : traitement de l'**HTAP primitive** dans le but d'améliorer la tolérance à l'effort et les symptômes chez les patients adultes en classe fonctionnelle III (NYHA).
- ✓ **Posaconazole (NOXAFIL[®])** : antifongique, nouvelle présentation disponible
- ✓ **Acide para-aminosalicylique (GRANUPAS[®])**, antituberculeux
- ✓ **Lénalidomide (REVLIMID[®])** : anticancéreux, nouveau dosage (2,5 mg)
- ✓ **Eliglustat (CERDELGA[®])** : indiqué dans le traitement de la **maladie de Gaucher de type 1** chez l'adulte, dans le cadre d'une ATU de cohorte.
- ✓ **Nintedanib (NINTEDANIB BOE[®])** : indiqué chez l'adulte dans le traitement de la **fibrose pulmonaire idiopathique** (FPI) dans le cadre de l'ATU de cohorte.
- ✓ **Téduglutide (REVESTIVE[®])** : médicament orphelin, indiqué dans le **syndrome de l'intestin court secondaire** (inscription pour une durée de 12 mois à partir du 18 février 2015)
- ✓ **Sultiame (OSPOLOT[®])** : antiépileptique, dans le cadre de l'ATU de cohorte.
- ✓ **Ledipasvir + sofosbuvir (HARVONI[®])** : antiviral anti-**hépatite C chronique**
- ✓ **Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (VIEKIRAX[®]) et Dasabuvir (EXVIERA[®])** : antiviraux anti-hépatite C chronique. **En association** chez les patients **adultes** présentant une maladie à un **stade**

avancé (avec **fibrose hépatique F3** ou **cirrhose compensée** ou présentant des **manifestations extra-hépatiques du VHC**).

- **Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (VIEKIRAX®) + Dasabuvir (EXVIERA®) ± ribavirine** : traitement de l'**hépatite C chronique** due au VHC de **génotype 1**
- **Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (VIEKIRAX®) + Dasabuvir (EXVIERA®) + ribavirine** : traitement de l'**hépatite C chronique** due au VHC de **génotype 4**

Erratum du Flash Info n°2014-10 (décembre 2014):

Trastuzumab HERCEPTIN® 600mg, sous-cutané. Inscription sur la liste des médicaments rétrocédables. Les seules indications remboursables, ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie, sont celles qui figurent dans l'AMM au 28/11/2014 : **cancer du sein métastatique HER2 positif, cancer du sein précoce HER2 positif après chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie, après une chimiothérapie adjuvante, en association à une chimiothérapie adjuvante.** La forme sous-cutanée n'est pas indiquée dans le traitement du cancer gastrique.

5.2. Fixation du prix de vente

- ✓ **Facteur de Von Willebrand Humain (WILFACTIN®)**
- ✓ **Immunoglobuline humaine normale (GAMMANORM®)**
- ✓ **Bosutinib (BOSULIF®)**

5.3. Condition de prise en charge particulière

- ✓ **Riociguat (ADEMPAS®)** : inscription sur la **liste des médicaments rétrocédables**. Les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie sont « le traitement de l'**hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HTP-TEC)** chez les patients **adultes en classe fonctionnelle OMS II à III, et inopérable, ou persistante ou récurrente après traitement chirurgical, dans le but d'améliorer la capacité d'effort** ». Le taux de participation de l'assuré est fixé à **70%** (prix de vente HT par UCD : 28,333 €). Dans cette indication : **ASMR IV (mineure)**
- ✓ **Vaccins méningococciques (MENVEO® et NIMENRIX®)** : inscription sur la **liste des médicaments rétrocédables** pour une **durée de 1 an** (à partir du 8/12/2014). La seule indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie est « l'**immunisation active des enfants âgés de 5 à 24 ans, à risque d'exposition à Neisseria meningitidis des sérogroupe A, C, W135 et Y, pour prévenir la maladie invasive** ». Le remboursement de ces vaccins tétravalents A, C, W135, Y a été accordé suite aux [recommandations du Haut Conseil de Santé Publique](#), afin de soutenir la vaccination contre les infections invasives à méningocoque C dans un contexte de pénurie des vaccins méningococciques C monovalents. Le taux de participation de l'assuré est fixé à **35%** (prix de vente HT par UCD : 40,000 €).

6. CBUMPP 2014-2018

Décret relatif au CBUMPP mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (liste hors GHS) du 29/03/2015 ([NOR: AFSH1500662D](#)):

Le taux de remboursement est arrêté, chaque année, au plus tard le 15 juin, par le directeur général de l'ARS. Il est applicable pour la période du 1er juillet de l'année en cours au 30 juin de l'année suivante. A titre transitoire, les taux arrêtés en 2014 en vertu de l'article D. 162-13 du code de la sécurité sociale sont applicables jusqu'au 30 juin 2015.

(à télécharger sur le site [e-OMEDIT Midi-Pyrénées](#)/galerie de fichiers/« 09 Midi-Pyrénées-CBUM 2014-2018 »)

7. PHEV

L'arrêté du 15 décembre 2014 ([JO du 19 décembre 2014](#)), fixe pour l'année 2015, le **taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville à 3,2%**

(à consulter ou télécharger sur [e-OMEDIT Midi-Pyrénées](#)/galerie de fichiers/« 12- Midi-Pyrénées-Prescriptions hospitalières délivrées en ville (PHEV) »)



L'OMEDIT reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour vous rendre sur le site [e-omedit](#), cliquez ici : [e-OMEDIT Midi-Pyrénées](#)

Et bientôt, un nouveau site internet, accessible à tous sans code de connexion !

Pour nous joindre : ☎ : 05.34.30.27.54

@ : coremedims.mip.secretariat@wanadoo.fr

Tous les Flash Info sont disponibles au téléchargement :

- sur le site [e-OMEDIT Midi-Pyrénées](#)/galerie de fichiers/« 13-Midi-Pyrénées-Flash Info »
- et bientôt sur notre tout nouveau site internet

Vous ne souhaitez plus recevoir le Flash Info ? Au contraire vous souhaitez en être destinataire ?

Prévenez-nous en nous adressant un message à coremedims.mip.secretariat@wanadoo.fr