+ d'infos

- *Assurance Maladie – Définition et caractéristiques des médicaments biosimilaires*
- *ANSM – Qu'est-ce que l'interchangeabilité*
- *Assurance Maladie – Règles de prescription et de délivrance des médicaments biosimilaires*
- *OMEDIT NAGG - Médicaments biosimilaires et génériques*

Sources

- *Article L5121-1 du Code de la Santé Publique*
- *ANSM – Liste des groupes biologiques similaires*
- *ANSM - Etat des lieux sur les médicaments biosimilaires 2022*
- *Assurance Maladie - Tableau des groupes biologiques similaires commercialisés*
- *Article L5125-23-2 du Code de la Santé Publique*
- *Arrêté du 22 octobre 2026 modifiant l'arrêté du 17 septembre 2026 modifié fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information (JO du 27 octobre 2026)*

Version - novembre 2026



LISTE DES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Spécialités disponibles en France

OMEDIT Nouvelle-Aquitaine ▪ Guadeloupe ▪ Guyane
l'Assurance Maladie Agir ensemble, protéger chacun

SOMMAIRE

Cliquez pour accéder à chaque page

Définitions

Conditions de substitution

Table des symboles et abréviations

Conditions de prescription et de substitution des groupes biologiques similaires :

- Anticancéreux *p.6-7*
- Anti-interleukines *p.8-9*
- Antithrombotiques *p.10*
- Anti TNF alpha *p.11-12*
- Anti VEGF *p.13*
- EPO *p.14*
- Facteurs de croissance *p.15*
- Gonadotrophines *p.16*
- Hormones de croissance *p.16*
- Insulines lentes *p.17*
- Insulines rapides *p.17*
- Immunosuppresseurs *p.18*
- Maladies osseuses liées au cancer *p.18*
- Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes *p.19*
- Ostéoporose *p.19*
- Traitements de la sclérose en plaque *p.20*

+ d'infos *p.22*

Sources *p.22*

Définitions

MÉDICAMENT DE RÉFÉRENCE

Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation (article L5121-1-15 du CSP).

MÉDICAMENT BIOSIMILAIRE

Biomédicament de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne ne remplit pas les conditions prévues pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires (articles L5121-1-5 et L5121-1-15 du CSP).

GROUPE BIOLOGIQUE SIMILAIRE

Regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et disponible à l'adresse ANSM-biosimilaires (article L5121-1-15 du CSP).

Conditions de substitution

CONDITIONS GÉNÉRALES DE SUBSTITUTION

Ces conditions s'appliquent pour tous les groupes biologiques similaires autorisés à la substitution par le pharmacien d'officine selon l'arrêté du 22 octobre 2026, lors de l'acte de substitution.

Lors de l'acte de substitution, le pharmacien :

- Informe le patient lors de la dispensation de la substitution effective et des informations utiles associées, dont le rappel des règles de conservation de la spécialité dispensée ;
- Mentionne sur l'ordonnance le nom du médicament effectivement dispensé et assure la continuité de la dispensation du même médicament ;
- Informe le prescripteur quant au médicament dispensé ;
- Procède à l'enregistrement du nom du médicament délivré par subtitution et son numéro de lot par tous moyens adaptés afin de mettre en oeuvre la traçabilité requise pour tous les médicaments biologiques.

CONDITIONS SPÉCIFIQUES DE SUBSTITUTION

Ces conditions ne sont applicables que pour certains groupes biologiques similaires autorisés à la substitution par le pharmacien d'officine et sont mentionnées en annexe de l'arrêté du 22 octobre 2026.

Ces conditions prévoient notamment que le pharmacien doit accompagner le patient à l'apprentissage du nouveau dispositif le cas échéant pour adalimumab, dénosumab, énoxaparine, époétine, étanercept, follitropine alfa, omalizumab, tériparatide et ustékinumab.

Table des symboles et abréviations

MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES COMMERCIALISÉS EN FRANCE

Liste des médicaments biosimilaires à un médicament de référence, commercialisés en France, sur la base de la liste de référence des groupes biologiques similaires disponible sur le site de l'ANSM.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION

Conditions de prescription de la ou des spécialité(s) (sources CSP, Arrêté du 22 octobre 2026 et ANSM) et conditions de prescription spécifiques, applicables selon le groupe biologique similaire.

CONDITIONS DE SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE

Substitution, uniquement par le pharmacien d'officine, possible ou non selon le groupe biologique similaire. Le cas échéant, les conditions générales de substitution s'appliquent systématiquement et des conditions spécifiques, selon l'arrêté en vigueur, doivent être appliquées selon les groupes biologiques similaires.

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

En établissement de santé, précision sur les modalités de prise en charge du groupe biologique similaire (inscription liste en sus (LES) MCO/HAD, LES SMR, liste des traitements coûteux (TC) en HAD et liste de rétrocession).

LES MCO/HAD : inscription, a minima d'une spécialité appartenant au groupe biologique similaire cité, sur la liste en sus MCO/HAD telle que mentionnée à l'article L162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale.

LES SMR : inscription, a minima d'une spécialité appartenant au groupe biologique similaire cité, sur la liste en sus SMR telle que mentionnée à l'article L162-23-6 du Code de la Sécurité Sociale.

TC HAD : inscription, a minima d'une spécialité appartenant au groupe biologique similaire cité, selon l'instruction n°DGOS/R4/2020/149 du 28 août 2020 relative aux traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.

Intra-GHS : spécialités agréées aux collectivités et prises en charge en établissement de santé dans les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) en l'absence d'inscription sur les listes en sus MCO/HAD, SMR et en accès dérogatoire.

Rétrocédable : spécialités pouvant être dispensées par une PUI aux patients non hospitalisés, selon l'inscription, a minima d'un médicament appartenant au groupe biologique similaire cité, sur la liste de rétrocession telle que mentionnée à l'article L.5126-6 du Code de la Santé Publique.

DISPONIBILITÉ EN VILLE

Les médicaments appartenant à ce groupe biologique similaire sont disponibles en ville – inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.

DISPONIBILITÉ À L'HÔPITAL

Les médicaments appartenant à ce groupe biologique similaire sont disponibles en établissement de santé – inscription sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE SUBSTITUTION DES GROUPES BIOLOGIQUES SIMILAIRES COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 02 NOVEMBRE 2026

ANTICANCÉREUX

Groupe biologique similaire : Bevacizumab

Médicaments de référence **AVASTIN®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
ABEVMY® ALYMSYS® AYBINTIO® MVASI® VEGZELMA® ZIRABEV®	**Réservé à l'usage hospitalier** Prescription réservée aux spécialistes en cancérologie et oncologie médicale.	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Pertuzumab

Médicaments de référence **PERJETA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
POHERDY®*	**Réservé à l'usage hospitalier** Prescription réservée aux médecins compétents en cancérologie et aux spécialistes et services d'oncologie médicale. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.	**Non substituable**

**Arrêtés d'agrément aux collectivités et de prise en charge en sus parus au JO le 29/10/2026, effectifs qu'au 15 février 2027*

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Rituximab

Médicaments de référence **MABTHERA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
RIXATHON® RUXIENCE® TRUXIMA®	Première administration en milieu hospitalier. Prescription hospitalière, réservée aux médecins compétents en maladies du sang ou -aux spécialistes en hématologie, en rhumatologie, en médecins interne, en néphrologie, en pédiatrie ou en dermatologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Trastuzumab

Médicaments de référence **HERCEPTIN®** *(La spécialité HERCEPTIN® 600MG, sol. inj. en fl. Sc. n'a pas de médicament biosimilaire associé)*

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
HERZUMA® KANJINTI® OGIVRI® ONTRUZANT® TRAZIMERA® ZERCEPAC®	Première administration en milieu hospitalier. Prescription hospitalière, réservée aux spécialistes et services en cancérologie ou en oncologie médicale. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

ANTI-INTERLEUKINES

Groupe biologique similaire : Tocilizumab

Médicaments de référence **ROACTEMRA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
AVTOZMA® TYENNE®	**Dosage 162 mg** Médicament d'exception Prescription réservée aux spécialistes en médecine interne, en pédiatrie ou en rhumatologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. **Dosage 20 mg/mL** **Réservé à l'usage hospitalier** Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.	**Non substituable**

Dosage 162 mg
Hôpital (intra-GHS) + Ville

Dosage 20 mg/mL
Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Ustékinumab

Médicaments de référence **STELARA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
IMULDOSA® OTULFI® PYZCHIVA® STEQEYMA® USRENTY® UZPRUVO® WEZENLA® YESINTEK®	**Dosage 45 et 90 mg** Médicament d'exception Prescription réservée aux spécialistes et services en dermatologie, en hépato/gastro-entérologie, en médecine interne, en pédiatrie ou en rhumatologie. **Dosage 130 mg** **Réservé à l'usage hospitalier** Prescription réservée aux spécialistes et services en hépato/gastro-entérologie, en médecine interne ou en pédiatrie. **Conditions spécifiques à tous les dosages :** Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient. *Il convient de se référer aux indications thérapeutiques respectivement prévues par leur AMM*	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Veille, avec le prescripteur, à la continuité du traitement selon les indications thérapeutiques mentionnées dans chaque AMM des spécialités (un échange avec le patient peut être nécessaire pour sécuriser la substitution) • Ne peut substituer que dans le périmètre de l'AMM de la spécialité délivrée (les indications thérapeutiques de l'AMM de STELARA® et de ses biosimilaires peuvent différer) • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit.

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Dosage 45 et 90 mg
Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(STELARA®, PYZCHIVA®)*

Dosage 130 mg
Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD *(tous **sauf USRENTY®**)*

Non rétrocédable

ANTITHROMBOTIQUES

Groupe biologique similaire : Enoxaparine sodique

Médicaments de référence **LOVENOX®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
E. ARROW® E. BECAT® E. BIOGARAN® E. CRUISIA® E. EG® E. TEVA® E. VENIPHARM® E. ZENTIVA® INHIXA®	**Pas de condition de prescription particulière**	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Substitue des spécialités de même dosage en substance active. • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit.

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra GHS) + Ville

Non rétrocédable

ANTI TNF ALPHA

Groupe biologique similaire : Adalimumab

Médicaments de référence **HUMIRA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
AMGEVITA® AMSPARITY® HUKYNDRA® HULIO® HYRIMOZ® IDACIO® IMRALDI® LIBMYRIS® YUFLYMA®	Médicament d'exception Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, hépato/gastro-entérologie, médecine interne, ophtalmologie, pédiatrie et rhumatologie. **Conditions spécifiques** : Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Substitue des spécialités de même dosage en substance active ; • NE SUBSTITUE PAS par un biosimilaire qui aurait un volume d'injection supérieur au médicament prescrit ; • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit.

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(tous **sauf LIMBYRIS®**)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Etanercept

Médicaments de référence **ENBREL®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BENEPALI® ERELZI® FUBELV® NEPEXTO®	Médicament d'exception Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, médecine interne, pédiatrie, et rhumatologie. **Conditions spécifiques** : Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Substitue des spécialités de même dosage en substance active ; • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (Intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(ENBREL®)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Golimumab

Médicaments de référence **SIMPONI®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
GOBIVAZ®	Médicament d'exception Prescription initiale annuelle hospitalière et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en gastro-entérologie et hépatologie *Il convient de se référer aux indications thérapeutiques respectivement prévues par leur AMM*	**Non substituable**

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(SIMPONI®)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Infliximab

Médicaments de référence **REMICADE®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
FLIXABI® REMSIMA® (*REMSIMA® 120mg SC n'est pas un médicament biosimilaire*) ZESSLY®	**Réservé à l'usage hospitalier**	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

ANTI-VEGF

Groupe biologique similaire : Aflibercept

Médicaments de référence **EYLEA®** *(les spécialités EYLEA 114,3 mg/mL, solution injectable et solution injectable en seringue préremplie n'ont pas de médicament biosimilaire associé)*

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
AFIVEG® AFQLIR® AHZANTIVE® BAIAMA® EYDENZELT® MYNZEPLI® PAVBLU® YESAFILI®	Médicament d'exception Prescription réservée aux spécialistes et services en ophtalmologie.	**Substituable : Oui** Uniquement le dosage 40mg/mL **Conditions générales**

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(EYLEA®)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Ranibizumab

Médicaments de référence **LUCENTIS®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BYOOVIZ® RANIVISIO® RIMMYRAH® XIMLUCI®	Médicament d'exception Prescription réservée aux spécialistes et services en ophtalmologie.	**Substituable : Oui** **Conditions générales**

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(LUCENTIS®, RANIVISIO®)*

Non rétrocédable

EPO

Groupe biologique similaire : Epoétine

Médicaments de référence **EPREX®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BINOCRIT® RETACRIT®	Médicament d'exception Prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale par un médecin exerçant dans un service de dialyse à domicile est également autorisée.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Substitue des spécialités de même dosage en substance active. • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit.

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD

Non rétrocédable

FACTEURS DE CROISSANCE

Groupe biologique similaire : Filgrastim

Médicaments de référence **NEUPOGEN®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
ACCOFIL® NIVESTIM® RATIOGRASTIM® TEVAGRASTIM® ZARZIO® ZEFYLTI®	Prescription initiale hospitalière trimestrielle.	**Substituable : Oui** **Conditions générales**

Hôpital (intra GHS) + Ville
- LES SMR *(NIVESTIM®)*
- TC HAD *(tous **sauf ZEFYLTI®**)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Pelfilgrastim

Médicaments de référence **NEULASTA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
CEGFILA® DYRUPEG® FULPHILA® GRASUSTEK NYVEPRIA® PELGRAZ® PELMEG® STIMUFEND® VIVLIPEG® ZIEXTENZO®	Prescription initiale hospitalière trimestrielle.	**Substituable : Oui** **Conditions générales**

Hôpital (intra GHS) + Ville
- LES SMR *(FULPHILA®, PELMEG®, ZIEXTENZO®)*
- TC HAD *(tous **sauf DYRUPEG® et VIVLIPEG®**)*

Non rétrocédable

GONADOTROPHINES

Groupe biologique similaire : Follitropine alfa

Médicaments de référence **GONAL-F®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BEMFOLA® OVALEAP®	Prescription réservée aux spécialistes et services en endocrinologie, gynécologie, gynécologie obstétrique, maladies métaboliques ou urologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Dispense une spécialité permettant l'administration de la posologie exacte prescrite en cas de substitution de stylos multidoses par des unidoses et inversement • S'assure que le patient possède le stylo adapté en cas de dispensation de cartouches • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit • Aide à la compréhension du protocole mis en place en cas de stimulation ovarienne (schéma posologique, modalités d'administration)

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra GHS) + Ville
Non rétrocédable

HORMONES DE CROISSANCE

Groupe biologique similaire : Somatropine

Médicaments de référence **GENOTONORM®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
OMNITROPE®	Prescription initiale hospitalière annuelle, réservée aux spécialistes et services en endocrinologie, maladies métaboliques et pédiatrie.	**Non substituable**

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD

Non rétrocédable

INSULINES LENTES

Groupe biologique similaire : Insuline glargine

Médicaments de référence **LANTUS®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
ABASAGLAR® SEMGLEE®	**Pas de condition de prescription particulière**	**Non substituable**

Hôpital (intra GHS) + Ville
Non rétrocédable

INSULINES RAPIDES

Groupe biologique similaire : Insuline asparte

Médicaments de référence **NOVORAPID®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
INSULINE ASPARTE SANOFI®	**Pas de condition de prescription particulière**	**Non substituable**

Hôpital (intra GHS) + Ville
Non rétrocédable

IMMUNOSUPPRESSEURS

Groupe biologique similaire : Eculizumab

Médicaments de référence **SOLIRIS®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BEKEMV® EPYSQLI®	**Réservé à l'usage hospitalier** Prescription réservée aux spécialistes en hématologie, en médecine interne, en néphrologie, en pédiatrie ou en neurologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. *Il convient de se référer aux indications thérapeutiques respectivement prévues par leur AMM.*	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

MALADIES OSSEUSES LIÉES AU CANCER

Groupe biologique similaire : Dénosumab 120 mg

Médicaments de référence **XGEVA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
BOMYNTRA® DEGEVMA® DENBRAYCE® ENWYLMA® JUBEREQ® OSENVELT® WYOST® XBONZY® XBRYK®	Prescription réservée aux médecins compétents en cancérologie et aux spécialistes en oncologie médicale et en rhumatologie. **Conditions spécifiques :** Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(XGEVA®)*

Non rétrocédable

MÉDICAMENTS POUR LES SYNDRÔMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AÉRIENNES

Groupe biologique similaire : Omalizumab

Médicaments de référence **XOLAIR®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
OMLYCLO®	Médicament d'exception Prescription réservée aux spécialistes en allergologie, en dermatologie, en médecine interne, en oto-rhino-laryngologie, en pédiatrie et en pneumologie. **Conditions spécifiques** : Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien : • Accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit • Porte une attention particulière à l'information du patient en raison des différences de couleur des bouchons des dispositifs d'administration pouvant exister entre les spécialités

- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(XOLAIR®)*

Non rétrocédable

OSTÉOPOROSE

Groupe biologique similaire : Dénosumab 60 mg

Médicaments de référence **PROLIA®**

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
ACVYBRA® CONEXXENCE® EVFRAXY® IZAMBY® JUBBONTI® KEFDENSIS® OBODENCE® OSVYRTI® PONLIMSI® STOBOCLO® ZADENVI®	Médicament d'exception **Conditions spécifiques :** Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif prescrit

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (intra-GHS) + Ville
- TC HAD *(PROLIA®)*

Non rétrocédable

Groupe biologique similaire : Tériparatide

Médicaments de référence **FORSTEO®** *(Médicaments génériques : tériparatide BIOGARAN et tériparatide TEVA)*

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
LIVOGIVA® MOVYMIA® SONDELBAY® TERROSA®	Médicament d'exception **Conditions spécifiques** : Sur la prescription, le prescripteur peut indiquer le type de dispositif médical d'administration à privilégier pour le patient.	**Substituable : Oui** **Conditions générales** **Conditions spécifiques** Le pharmacien accompagne le patient à l'apprentissage d'un nouveau dispositif médical d'administration prescrit.

- Les **laboratoires** mettent à disposition des dispositifs d'administration factices.
- Le **patient** peut revenir à la spécialité biologique (de référence ou biosimilaire) initialement délivrée si nécessaire.

Hôpital (Intra-GHS) + Ville
- TC HAD

Non rétrocédable

TRAITEMENTS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Groupe biologique similaire : Natalizumab

Médicaments de référence **TYSABRI®** *(la spécialité TYSABRI® 150 mg, sol. inj. en seringue préremplie n'a pas de médicament biosimilaire associé)*

Médicaments biosimilaires	*Conditions de prescription*	*Substituable par pharmacien et conditions de substitution*
TYRUKO®	**Réservé à l'usage hospitalier** Prescription réservée aux spécialistes en neurologie.	**Non substituable**

Hôpital (liste en SUS)
- LES MCO/HAD

Non rétrocédable

