

GUIDE METHODOLOGIQUE

Dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires

I. PRESENTATION DU DISPOSITIF D'INTERESSEMENT DES MEDECINS LIBERAUX A LA PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Ce guide concerne exclusivement le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biologiques similaires appelés médicaments biosimilaires¹.

Par définition, un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique de référence (ou bioréférent) qui a été autorisé en Europe depuis plus de 8 ans et dont le brevet est tombé dans le domaine public.

Le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires, issu de la négociation de l'avenant 9 signé le 30 juillet 2021 et paru au JO du 25 septembre 2021 et prévu aux articles 6 et 27 bis de la Convention médicale du 25 août 2016, concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés.

Il entre en vigueur le 01/01/2022 pour les molécules présentes dans l'avenant 9. Pour les biosimilaires non encore commercialisés, le dispositif entrera en vigueur à la date à laquelle ceux-ci sont remboursés effectivement et visibles dans les bases de l'assurance maladie, conformément à l'article 27-bis-7-1. Il est applicable *de facto* à l'ensemble de ces médecins, sauf renoncement explicite de leur part à ce dispositif.

Tout renoncement au bénéfice du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires (refus notifié) est définitif pour toute la durée de la convention et pour toutes les molécules intégrées dans le dispositif.

Les médecins peuvent ainsi renoncer à la totalité de cet intéressement, en notifiant leur décision à leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) par écrit avec accusé de réception (courrier, courriel) dans les 3 mois suivant :

- La publication au journal officiel de l'avenant à la convention introduisant ce dispositif d'intéressement.
- La date d'installation ou du 1^{ier} conventionnement, pour les médecins s'installant postérieurement à la publication de l'avenant au journal officiel.

La date de l'accusé de réception faisant foi. Les CPAM devront faire remonter cette notification de refus à la CNAM.

L'intéressement est basé sur le partage de l'économie générée par la prescription d'un médicament biosimilaire à la place du médicament de référence (ou bioréférent), auquel il est similaire. Le montant de l'intéressement à verser par médecin est basé sur :

- les différentiels de coûts de traitement entre médicaments biosimilaires et bioréférents
- la clé de répartition de l'économie
- le nombre de patients initiés avec un médicament biosimilaire ou switchés d'un médicament bioréférent vers un médicament biosimilaire.

Dans ce dispositif, on considère qu'un patient est :

- initié par un médicament biosimilaire à partir du moment où le patient n'a eu aucune prescription de ce médicament, dans les 12 mois qui précèdent l'initiation de traitement, que ce soit en médicament biosimilaire ou médicament bioréférent,

¹ Les médicaments biologiques similaires ou biosimilaires sont définis par l'art. L 5121-1 alinéa 15 du Code de la Santé Publique.

- switché vers un médicament biosimilaire quand il y a changement de prescription d'un médicament bioréférent vers un médicament biosimilaire. Pour que le switch soit avéré, on doit comptabiliser au moins 3 délivrances consécutives du même médicament biosimilaire ou des médicaments biosimilaires du même groupe biologique similaire.
- une période annuelle de référence.

La méthode de calcul utilisée permet de valoriser l'augmentation du nombre de patients sous médicaments biosimilaires par l'augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires et l'augmentation des switchs des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires.

Afin d'inciter au changement de pratique, les partenaires conventionnels ont fait le choix suivant : pour chaque patient initié ou switché par un médicament biosimilaire (selon les règles retenues), l'intéressement versé au médecin est basé sur une année pleine d'économie réalisée sur le coût d'un traitement.

Il n'y a pas de proratisation de l'intéressement en fonction de la date de l'initiation ou du switch. Par exemple, si le dispositif débute le 1^{er} janvier de l'année et que l'initiation ou le switch se produisent le 1^{er} octobre, le médecin recevra l'économie correspondant à une année pleine et non à 3 mois de traitement.

En revanche, il ne peut y avoir qu'un seul paiement au titre d'une initiation par un médicament biosimilaire ou d'un switch vers un médicament biosimilaire pour un patient et un professionnel de santé donné sur toute la durée du dispositif.

Les données d'activité servant au calcul du suivi et de l'intéressement, sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données d'activité de ses différents cabinets sont prises en compte au titre de son cabinet principal.

II. PERIMETRE DU DISPOSITIF

1. Les médicaments inclus dans le dispositif:

Les partenaires conventionnels s'accordent pour inclure dans le dispositif les molécules qui répondent aux quatre critères suivants :

- elles sont inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;
- elles peuvent être prescrites par les médecins libéraux ;
- leur taux de pénétration des médicaments biosimilaires présente une marge d'amélioration élevée caractérisée par une marge de progression d'au moins 5 points pour atteindre l'objectif de 80% (en volume) du taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence (conformément au taux de 80% visé dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé pour 2022) ;
- elles ne font pas l'objet d'un indicateur d'efficience de la ROSP ou de tout autre dispositif de rémunération en ville y compris auprès d'autres professionnels de santé.

A la date de signature du présent avenant, les 6 substances actives suivantes : étanercept, adalimumab, follitropine alpha, énoxaparine, téraparatide et insuline asparte répondaient aux critères définis.

Le téraparatide, dont le générique a été commercialisé fin 2021, est exclu du dispositif, conformément à l'article 27 bis 7-2 de l'avenant 9 à la convention médicale : « – *Sortie des molécules du dispositif Le dispositif prend fin automatiquement pour une molécule donnée: – dans le cas où la commercialisation d'un nouveau médicament plus efficient non biosimilaire, observée à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie, engendre une prescription plus efficiente que celle qui est valorisée par le dispositif pour une molécule donnée* »;

Pour chaque substance active, est pris en compte l'ensemble des médicaments inscrits dans le groupe biologique similaire² correspondant, et commercialisés à la date de démarrage du dispositif. Une mise à jour des codes CIP sera faite chaque trimestre pour tenir compte des nouveaux médicaments entrants sur le marché

Pour chacune des molécules, la catégorie médicament bioréférent figure dans le tableau ci-dessous sur la ligne « Médicament bioréférent », soit ENBREL® pour l'étanercept, HUMIRA® pour l'adalimumab, GONAL-F® pour la follitropine alfa, LOVENOX® pour l'énoxaparine et NOVORAPID® pour l'insuline asparte.

Ce tableau fera l'objet d'une mise à jour régulière.

MOLECULES	CODE ATC	MÉDICAMENT BIOREFERENT	MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES
ETANERCEPT	L04AB01	ENBREL	▪ BENEPALI ▪ ERELZI
ADALIMUMAB	L04AB04	HUMIRA	▪ AMGEVITA ▪ IMRALDI ▪ HYRIMOZ ▪ HULIO ▪ IDACIO ▪ YUFLYMA
FOLLITROPINE ALFA	G03GA05	GONAL-F	▪ OVALEAP ▪ BEMFOLA
ENOXAPARINE	B01AB05	LOVENOX	▪ ENOXAPARINE CRUSIA ▪ INHIXA ▪ ENOXAPARINE BECAT ▪ ENOXAPARINE ARROW
INSULINE ASPARTE	A10AB05 (*)	NOVORAPID	▪ INSULINE ASPARTE SANOFI

(*) hors FIASP®

Conditions de prescription des médicaments du dispositif

Adalimumab et étanercept sont des médicaments d'exception à prescription initiale hospitalière et à prescription réservée à certains spécialistes (cf chapitre suivant).

Follitropine alpha est un médicament dont la prescription initiale et le renouvellement sont réservés à certains spécialistes et à surveillance particulière pendant le traitement (cf chapitre suivant).

² Au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique
 fois par le même professionnel de santé, on ne le compte qu'une seule fois

³ si un patient a été vu plusieurs

Les unités de substance active contenues dans les médicaments du dispositif:

Pour tous les codes CIP des médicaments figurant dans la liste, on mesure le nombre d'unités totales de substance active contenues dans la présentation.

Par exemple, pour le code CIP 3400939605227, ENBREL 50MG SOL INJ STYLO 4, la quantité de substance active par unité est de 50 mg, et le nombre d'unités est de 4, donc le nombre d'unités totales contenues dans cette présentation est de 200 mg.

Pour étanercept et adalimumab, l'unité s'exprime en mg.

Pour follitropine alpha et énoxaparine, l'unité s'exprime en unité internationale (UI). Pour l'insuline asparte, l'unité s'exprime en ml.

2. Les médecins éligibles au dispositif :

Pour être éligible au dispositif de suivi et de paiement, le médecin doit être autorisé à prescrire la molécule considérée. Cette autorisation est rattachée à sa spécialité médicale pour l'ensemble des médecins adhérents à la convention, quel que soit son secteur d'exercice.

Voici la liste des spécialités médicales autorisées :

- **ETANERCEPT** : dermatologie, médecine interne, pédiatrie et rhumatologie
- **ADALIMUMAB** : dermatologie, gastro-entérologie et hépatologie, médecine interne, ophtalmologie, pédiatrie, rhumatologie
- **FOLLITROPINE ALFA** : urologie, endocrinologie, maladies métaboliques, gynécologie médicale et obstétrique
- **ENOXAPARINE** : toutes les spécialités médicales sont autorisées à prescrire de l'énoxaparine
- **INSULINE ASPARTE** : toutes les spécialités médicales sont autorisées à prescrire de l'insuline asparte.

A noter qu'un même spécialiste peut être éligible à plusieurs molécules et que les médecins ont droit à l'intéressement dès lors qu'ils ont prescrit au moins une boîte du médicament concerné et que celle-ci a fait l'objet d'un remboursement effectif et visible dans les bases de l'assurance maladie.

III. DEFINITION DES INDICATEURS DE SUIVI

Les indicateurs, ci-dessous, serviront à l'affichage du suivi trimestriel auprès de chaque médecin, ou à l'affichage annuel dans le cadre du versement de l'intéressement et seront donnés pour chaque substance active.

Aussi, selon le besoin, la période considérée est soit le trimestre, soit l'année.

1. **Le nombre de patients traités sous médicament bioréfèrent** : le nombre de patients traités en médicament bioréfèrent est estimé à partir de la catégorie de la dernière délivrance effectuée au cours de la période considérée. S'il s'agit d'un médicament bioréfèrent, on estime alors que le patient est traité sous médicament bioréfèrent pendant la période considérée.

2. **Le nombre de patients traités sous médicament biosimilaire** : le nombre de patients traités en médicament biosimilaire est estimé à partir de la catégorie de la dernière délivrance effectuée au cours de la période considérée. S'il s'agit d'un médicament biosimilaire, on estime alors que le patient est traité sous médicament biosimilaire pendant la période considérée.
3. **Le nombre de patients traités (par les médicaments bioréférent et biosimilaire)**: c'est la somme des deux précédents indicateurs. Il correspond au nombre distinct³ de patients pour lesquels une prescription du médicament (biosimilaire ou bioréférent) a été remboursée au cours de la période considérée.
4. **Le taux de pénétration des médicaments biosimilaires** : il se calcule comme le rapport entre le nombre d'unités de médicaments biosimilaires (en unité de substance active) délivrées et le nombre total d'unités (en unité de substance active) délivrées en médicaments biosimilaires et médicaments bioréférents sur la période considérée.
Pour une molécule donnée, la formule du taux de pénétration est la suivante :

$$Tx Biosim_p = \frac{Nb Unité Biosim_p}{Nb Unité Biosim_p + Nb Unité Bioref_p}$$

P= période considérée (année ou trimestre)

5. **Le taux de pénétration des médicaments biosimilaires - Moyenne Nationale** du précédent indicateur : il se calcule comme le rapport entre le nombre d'unités de médicaments biosimilaires (en unité de substance active) délivrées et le nombre total d'unités (en unité de substance active) délivrées en médicament biosimilaire et médicament bioréférent sur la période considérée, de tous les médecins libéraux des spécialités autorisées à prescrire la molécule, France entière.
6. **Le nombre de patients initiés en médicament biosimilaire** : c'est le nombre de patients initiés à la molécule en question et dont la délivrance initiale est avec un médicament biosimilaire. On considère qu'un patient est initié à partir du moment où ce patient n'a eu aucune délivrance du bioréférent ou d'un biosimilaire de la molécule concernée, pendant les 12 mois précédant l'initiation par le médicament biosimilaire. La date prise en compte pour l'initiation est la date de délivrance du médicament biosimilaire.
7. **Le nombre de patients switchés vers un médicament biosimilaire** : c'est le nombre de patients pour lesquels un changement de prescription du médicament bioréférent en médicament biosimilaire a été effectué et confirmé par 3 délivrances consécutives en médicament biosimilaire (le même médicament biosimilaire ou un biosimilaire du même groupe biologique similaire). Les deux premières délivrances de médicaments biosimilaires peuvent avoir lieu avant ou pendant la période de référence. En revanche, la 3^{ème} délivrance de médicament biosimilaire doit avoir lieu pendant la période considérée pour être comptabilisée.
Le switch est affecté au professionnel de santé dont la prescription est à l'origine de la 1^{ère} délivrance en biosimilaire.

³ si un patient a été vu plusieurs fois par le même professionnel de santé, on ne le compte qu'une seule fois

L'extraction des données est effectuée en date de remboursement (=liquidation) sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Les 5 premiers indicateurs ne servent pas au calcul de l'intéressement. Ils sont mis à disposition des professionnels de santé pour le suivi de leur prescription.

IV. DETAIL DU CALCUL DE L'INTERESSEMENT :

Le calcul de l'intéressement se fait par substance active et chaque substance est indépendante des autres.

L'intéressement se mesure comme ① **le nombre de patients initiés ou switchés** à l'initiative du professionnel de santé, multiplié par ② **l'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient** et multiplié par ③ **la clé de répartition**.

Formule de calcul de l'intéressement pour une année de référence, un professionnel de santé et une molécule donnée :

$$\text{Intéressement}_a = (Nb\ Init_a + Nb\ Swit_a) \times Eco\ annuelle\ sur\ un\ tt_a \times Clé\ de\ répartition$$

Où

a = année de référence

L'année de référence est l'année à partir de laquelle est calculé l'intéressement. Le début de la 1^{ère} année de référence correspond à la date d'entrée en vigueur du dispositif ou la date d'introduction d'une molécule si elle est postérieure.

Ainsi :

- pour une molécule introduite dès la mise en œuvre du dispositif, l'année de référence sera calculée à partir de la date de démarrage du dispositif jusqu'à sa date anniversaire.
- en cas d'introduction d'une nouvelle molécule à une date postérieure à la date d'entrée en vigueur du dispositif, l'année de référence sera calculée sur la période allant de l'entrée de cette molécule dans le dispositif jusqu'à la date anniversaire du démarrage du dispositif (pour l'année d'entrée de la molécule).

Pour les années suivantes, l'année de référence est la période de 12 mois courants entre les dates anniversaires du dispositif.

Exemple : si l'année de référence va du 1er janvier au 31 décembre, et si une nouvelle molécule est introduite le 1er mai, alors sa 1^{ère} « année de référence » ira du 1er mai au 31 décembre. Les années suivantes, les années de référence seront calées du 1er janvier au 31 décembre. »

① **Le nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation ou d'un switch** durant l'année de référence sont comptabilisés à chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du dispositif.

Seuls les initiations et switches postérieurs à la date d'entrée en vigueur du dispositif sont pris en compte.

② **L'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient** se mesure comme la différence entre le prix moyen d'une unité de substance active des médicaments bioréférents et celui des médicaments biosimilaires durant l'année de référence, multiplié par le nombre d'unités, en valeur médiane, délivrées **annuellement** pour le traitement d'un patient.

- **Le prix moyen d'une unité de substance active** se mesure comme le rapport entre les remboursements (prix TTC exprimé en montant remboursé hors ticket modérateur) de toutes les délivrances de substance active remboursées durant l'année de référence et la quantité d'unités délivrées correspondantes. On le calcule pour les médicaments bioréférents d'une part et les médicaments biosimilaires d'autre part. La différence entre les deux est égale à l'économie de traitement pour **une unité** de substance active.
- **Le nombre d'unités délivrées annuellement pour le traitement d'un patient** se distingue selon que le traitement est chronique ou ponctuel.
 - Ainsi, pour les traitements chroniques (étanercept, adalimumab, et insuline asparte), le nombre d'unités est donné par la valeur médiane du nombre d'unités délivrées (bioréférents plus biosimilaires) durant une année entière (=année de référence si molécule introduite dès le début du dispositif et sinon totalité de la dernière année observée si introduction de la molécule après la date d'entrée en vigueur du dispositif) pour les patients ayant eu au moins 10 délivrances, qu'elles soient réalisées avec un médicament bioréférent ou un biosimilaire. Ce critère de 10 délivrances minimales observées sur une année permet d'exclure du calcul les patients en début ou fin de traitement et ainsi de ne prendre en compte que les patients dont le traitement a été suivi tout au long de l'année.
 - Si le traitement est ponctuel (énoxaparine et follitropine alpha), le nombre d'unités est mesuré par la valeur médiane du nombre d'unités délivrées (bioréférents plus biosimilaires) durant une année entière (= année de référence si molécule introduite dès le début du dispositif et sinon totalité de la dernière année observée si introduction de la molécule après la date d'entrée en vigueur du dispositif) de tous les patients ayant eu au moins une délivrance de la molécule en question qu'elle soit réalisée avec un bioréférent ou un biosimilaire.

Formule de l'économie en année pleine du coût d'un traitement d'un patient pour une molécule:

$$\begin{aligned}
 &\text{Economie annuelle sur un } tt_a \\
 &= (Px \text{ Unité Moyen Bio}ref_a - Px \text{ Unité Moyen Biosim}_a) \\
 &\times \text{Médiane du Nb unités (Bio}ref \\
 &+ \text{Biosim) délivrées sur une année } a_{365}
 \end{aligned}$$

Où

a= année de référence

Et

a_365=dernière année observée

a_365=dernière année observée

si la molécule est entrée dans le dispositif en même temps que le démarrage du dispositif ou à sa date anniversaire alors : **a_365= a**

Pour les calculs de l'économie réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient :

Les données sont mesurées en date de remboursement, France entière, et sur l'ensemble des patients, ceux suivis par les médecins de ville mais aussi par les établissements de santé.

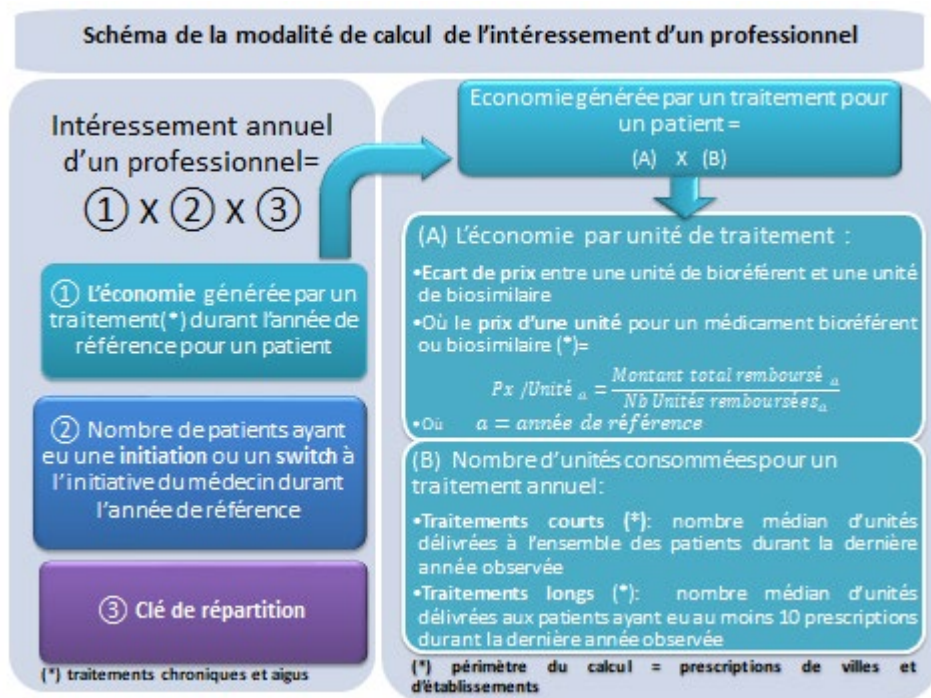
Le prix moyen **d'une unité de substance active** et le nombre d'unités **annuelles délivrées pour un patient** sont **actualisés tous les ans à la date anniversaire du dispositif**.

③ **la clé de répartition** s'exprime en pourcentage. Elle correspond à la part qui est attribuée au professionnel de santé.

Elle est fixée conventionnellement selon les modalités suivantes :

- 30% pour les médecins libéraux et 70% pour l'assurance maladie en 2022 ;
- 20% pour les médecins libéraux et 80% pour l'assurance maladie en 2023 ;
- et au-delà de la présente convention à hauteur de 10% en 2024 pour les médecins libéraux si les partenaires conventionnels en conviennent.

SCHEMA RECAPITULATIF :



V. MODALITES DE VERSEMENT DE L'INTERESSEMENT

Le versement de l'intéressement est effectué par l'Assurance Maladie au cours du semestre qui suit chaque date anniversaire du dispositif. Il correspond à la somme des intéressements calculés pour chacune des molécules (sous réserve d'éligibilité pour les médicaments à prescription restreinte).

Pour le switch, c'est le professionnel libéral qui est à l'origine du changement de prescription qui reçoit le paiement, même si les 2 délivrances de médicaments biosimilaires qui suivent le switch sont réalisées par un autre professionnel de santé (libéral ou hospitalier).

A compter du démarrage du dispositif, il ne peut y avoir qu'un seul paiement au titre d'une initiation par un médicament biosimilaire ou d'un switch vers un médicament biosimilaire pour un patient et un professionnel de santé donné, et cela jusqu'à la fin du dispositif, peu importe la période de référence. Plus précisément, sur toute la durée du dispositif, un patient switché plusieurs fois vers le médicament biosimilaire (ou un médicament biosimilaire du même groupe biologique similaire) par le même professionnel de santé ne fera l'objet que d'un seul paiement. De même une initiation et un switch pour un même patient par le même professionnel de santé ne fera l'objet que d'un seul

paiement sur toute la durée du dispositif. Pour plus de détails sur les modalités de paiement en fonction du parcours de soin.cf. Annexe

Un seuil minimal d'intéressement est requis pour le versement de la prime: ce seuil a été fixé à 50€ par médecin et par molécule concernée. Il est justifié par les frais de gestion inhérents au calcul et au versement de l'intéressement.

Un plafond d'intéressement est fixé à 7000€ par professionnel de santé, toutes molécules confondues.

VI. MODALITES DE SUIVI:

Pour permettre aux médecins prescripteurs de suivre leurs indicateurs, les données seront mises à jour trimestriellement sur Amelipro. Elles seront mises à disposition dans un délai de 2 à 3 mois qui suit la disponibilité des données.

Les données annuelles consolidées de l'année précédemment écoulée seront également présentées pour donner une indication au professionnel de santé, du niveau auquel il se situe.

Annexe : Attribution de l'intéressement selon les parcours de soins des patients :

		prescriptions année n° 1												attribution de l'intéressement année 1	prescriptions année n° 2												attribution de l'intéressement année 2
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Patient n°1	Prescripteur n°1	Init BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	oui	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°2	Prescripteur n°1										Init BioS	BioS	BioS	oui	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°3	Prescripteur n°1								Init BioS	BioS	BioS	Bioréf	Bioréf	oui	Bioréf	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°4	Prescripteur n°1	Bioréf	Bioréf	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	oui	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°5	Prescripteur n°1	Bioréf	Bioréf	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	Bioréf	Bioréf	Bioréf	BioS	oui	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°6	Prescripteur n°1				Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	BioS	non	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	oui
Patient n°7	Prescripteur n°1	Bioréf	Bioréf	BioS	BioS	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	non	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	Bioréf	non

Patient n°8	Prescripteur n°1	Init BioS	BioS	BioS	BioS	Bioréf	Bioréf	Bioréf						oui													non
	Prescripteur n°2								BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	oui	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	non
Patient n°9	Prescripteur n°1	Bioréf	Bioréf	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	Bioréf	Bioréf	Bioréf			oui													non
	Prescripteur n°2												BioS	non	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	BioS	oui

Il ne peut y avoir plus d'un paiement par couple médecin patient. En revanche, s'il arrive que le patient déménage et change de médecin et s'il a de nouveau un switch vers du biosimilaire alors, il pourra donner lieu à un second paiement (cf patient n°8 et n°9).