

AMGEVITA® (Adalimumab)

Demande de prise en charge des coûts

Je sollicite une demande de prise en charge des coûts (S'il vous plaît cocher, pas pour les autres indications):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire |
| <input type="checkbox"/> arthrite psoriasique | <input type="checkbox"/> spondylarthrite ankylosante (m. Bechterew) |

Limitatio (Extrait): Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17. Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat. Le traitement par AMGEVITA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

Adresse Assuranced (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil) Thérapie précédente (cocher s'il vous plaît):

- AINS Corticostéroïdes DMARDs, le(s)quel(s):

Début planifié du traitement par AMGEVITA®: (mois/année)

Précédent déroulement de la maladie incl. description des év. incompatibilités

Médecin traitant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: