

Bevacizumab-Teva®(Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

Demande de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil

Indication: Carcinome rénal

Limitatio (extrait)

Substitution préparation de référence/biosimilaire: Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par BEVACIZUMAB-TEVA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21264.03**.

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le: Datum

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e)::

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

NPA: Lieu:

Diagnostic:

Patientin/Patient ist nephrektomiert mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom. Durchgeführt wird eine Behandlung in Kombination mit Interferon alfa-2a.

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: