

# Bimzelx® (Bimekizumab)

## Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

**Limitatio (extrait Arthrite psoriasique):** Seul ou en association avec le méthotrexate, pour le traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active ayant présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un ou plusieurs médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD). Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement, celui-ci doit être interrompu. La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **21477.02 (stylo pré)**

### Données personnelles du patient (de la patiente)

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

### Données médicales

La patiente/le patient présente une arthrite psoriasique active (rhumatisme psoriasique actif).

Traitement(s) précédent(s):

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Bimzelx® (MM/AAAA):

En monothérapie

en combinaison avec méthotrexate

Remarques/Compléments:

### Médecin requérant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:	<input type="text"/>	Service:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		