

DARZALEX® / DARZALEX SC® (Daratumumab)

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2027

DARZALEX SC/DARZALEX en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone (2L+)

(avec modèle de prix):

DARZALEX SC/DARZALEX est remboursé lorsqu'il est utilisé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Seulement jusqu'à progression de la maladie. DARZALEX SC/DARZALEX n'est pas remboursé si les patients étaient réfractaires et/ou récidivistes sous traitement préalable avec un anticorps CD38.

Le remboursement de DARZALEX SC/DARZALEX ne peut être effectué qu'avec un partenaire de combinaison du lénalidomide dont la limitation mentionne explicitement la combinaison thérapeutique en question. La limitation du partenaire de combinaison du lénalidomide précise si des remboursements du lénalidomide doivent également être exigés.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **20589.02** (en cas d'administration par voie IV) / **21150.02** (en cas d'administration par voie SC).**Données du patient:**

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

sexe:

 ♀ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales Thérapies précédentes:

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple. Il est prévu de lui administrer un traitement combine de lénalidomide et dexaméthasone.

Thérapies précédentes

Quel(s) médicament(s)

du (MM/AAAA)

au (MMAAAA)

Information relatif à l'effet:

Début prévu du traitement: (MM/AAAA):

Administration par voie **IV** (code d'indication: **20589.02**)Administration par voie **SC** (code d'indication: **21150.02**)

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital (ajoutez le nom de l'hôpital):

Département:

Date: