

**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 bortézomib, le melphalan et la prednisone (1L)**

avec modèle de prix)

DARZALEX SC/DARZALEX est remboursé en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches. Seulement jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **20589.03** (en cas d'administration par voie IV) / **21150.03** (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** La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple. La patiente/le patient est non éligible à une autogreffe de cellules souches. Justification:Début prévu du traitement: (MM/AAAA):  Administration par voie **IV** (code d'indication: **20589.03**) Administration par voie **SC** (code d'indication: **21150.03**)

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: