

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 (1L)

(avec modèle de prix)

DARZALEX SC/DARZALEX est remboursé en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple, non préalablement traités et non éligibles à une autogreffe de cellules souches.

Le traitement se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

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: **20589.08** (en cas d'administration par voie IV) / **21150.08** (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: **20589.08**)☐Administration par voie **SC** (code d'indication: **21150.08**)

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: