DARZALEX SC® (Daratumumab)**Demande de prise en charge à l'att. du médecin-conseil**

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2027

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

(avec modèle de prix)

Seulement jusqu'à progression de la maladie.

DARZALEX SC est remboursé en combinaison avec le pomalidomide et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes avec myélome multiple récidivé ou réfractaire qui

- ont reçu une ligne de traitement antérieure avec un inhibiteur du protéasome (PI) et lénalidomide et étaient réfractaires au lénalidomide et chez qui une progression de la maladie est survenue pendant ou après le dernier traitement, **ou**

- ont reçu au moins deux lignes de traitement antérieures incluant le lénalidomide et un inhibiteur du protéasome et chez qui une progression de la maladie est survenue pendant ou après le dernier traitement.

DARZALEX SC n'est pas remboursé si

- les patients étaient réfractaires et/ou en rechute sous traitement antérieur avec un anticorps anti-CD38 et/ou

- les patients ont reçu un traitement antérieur avec pomalidomide.

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

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: **21150.06****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:

Le/la patient(e) souffre d'un myélome multiple récidivant ou réfractaire. Il est prévu de lui administrer un traitement combiné de pomalidomide et dexaméthasone.

Thérapies précédentes

Quel(s) médicament(s)

du (MM/AAAA)

au (MMAAAA)

Information relatif à l'effet:

Début prévu du traitement: (MM/AAAA):

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:

Voir aussi [LS](#)