

# Erelzi® (Etanerceptum)

## Demande de prise en charge des coûts

Pour la Polyarthrite rhumatoïde acite, l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active, l'arthrite psoriasique ou la Maladie de Bechterew, pas pour d'autres indications. Cette demande concerne:

- Polyarthrite rhumatoïde active     Arthrite chronique juvénile polyarticulaire active     Arthrite psoriasique  
 Maladie de Bechterew

**Limitatio (extrait de la liste des spécialités)** Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

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

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Sexe:	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	Rue:	<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 (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):

thérapie précédent: (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- NSAR     stéroïdes     DMARDs, le(s) quel(s):

### Précédent déroulement de la maladie incl. description des év. incompatibilités

### Médecin-traitant

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		