

Hepcludex® (Bulevirtid)

Demande de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.07.2027

HEPCLUDEX est remboursé après accord sur la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. HEPCLUDEX est remboursé pour le traitement d'une infection chronique par le virus de l'hépatite delta (VHD) chez les patients adultes présentant une maladie hépatique compensée. La prescription du médicament est possible uniquement par un gastroentérologue spécialisé en hépatologie ou par un infectiologue.

HEPCLUDEX n'est remboursé que dans les conditions suivantes :

- A une dose maximale de 2 mg / jour
- Comme monothérapie VHD
- Uniquement en combinaison avec un traitement de l'infection VHB sous-jacente

Données du patient / de la patiente:

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Sexe:

☐ ♀☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

No de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales:

☐

Le/la patient(e) est atteint(e) d'une infection chronique par le virus de l'hépatite delta (VHD) et présente une maladie hépatique compensée.

☐

Un traitement par HEPCLUDEX est demandé selon les règles du limitatio.

Compléments/remarques:

Médecin requérant est médecin spécialiste

☐

en gastroentérologie avec spécialisation en hépatologie

☐

pour l'infectiologie

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:

(Voir aussi [Liste des spécialités](#))