

Hympavzi® (Marstacimab) Demande de garantie de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil

Limitatio (extrait) : Limitation limitée jusqu'au 30 juin 2028

Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs:

En prophylaxie de routine des épisodes hémorragiques chez les patients âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 35 kg et atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1%) sans inhibiteurs du facteur VIII

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21887.01**

Patients atteints d'hémophilie B sans inhibiteurs:

En prophylaxie de routine des épisodes hémorragiques chez les patients âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 35 kg et atteints d'hémophilie B sévère (déficit congénital en facteur IX, FIX < 1%) sans inhibiteurs du facteur IX .

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21887.02**

Les conditions de remboursement suivantes s'appliquent aux deux indications:

Avant l'instauration du traitement, il faut demander une garantie de prise en charge des coûts auprès de l'assureur-maladie pour toutes les indications soumises à l'obligation de remboursement, après consultation préalable du médecin-conseil. Une garantie de prise en charge doit contenir le code d'indication correspondant (21887.01 ou 21887.02).

Le diagnostic et la prescription du marstacimab, l'instauration du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres d'hémophilie universitaires et/ou spécialisés suivants. En font partie: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderspital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais à Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital Zürich.

Données personnelles du patient/de la patiente:

Nom:		Prénom:		Date de naissance:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂	Rue:		Complément d'adresse:	
NPA:		Lieu:			
Assureur-maladie:		N o d'assurance:			
Adresse de l'assureur (service du médecin-conseil ou MC):		Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:			

Données médicales:

☐	La prophylaxie de routine des épisodes hémorragiques chez les patients âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 35 kg et atteints d'hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1%) sévère sans inhibiteurs du facteur VIII	☐	Code d'indication: 21887.01
☐	La prophylaxie de routine des épisodes hémorragiques chez les patients âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 35 kg et atteints d'hémophilie B (déficit congénital en facteur IX, FIX < 1%) sévère sans inhibiteurs du facteur IX	☐	Code d'indication: 21887.02

Diagnostic, prescription et suivi effectués par le centre suivant:

Remarques / Compléments:

Date prévue de début du traitement par Hympavzi ® (MM/AAAA):

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

Si exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital:

Département:

Date:

Voir aussi [LS](#)