

Inflectra® (Infliximab)**Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil**

Pour l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique ou de la Spondylarthrite ankylosante, pas pour les autres indications. Cette demande concerne:

arthrite rhumatoïde arthrite psoriasique Spondylarthrite ankylosante

Limitatio (extrait de la liste des spécialités):

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par INFLECTRA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par INFLECTRA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Traitement de l'arthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard préalable par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) était insuffisant. Traitement de la maladie de Bechterew lorsque le traitement conventionnel préalable était insuffisant. Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1.) uniquement en association au méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM), y compris le méthotrexate et 2.) après l'échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab. La prescription ne peut avoir lieu que par des spécialistes en rhumatologie/dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques de rhumatologie/dermatologie.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales: thérapie précédent:

NSAR, notamment stéroïdes

méthotrexate méthotrexate/étanercept méthotrexate/adalimumab

autres DMARDs, le(s) quel(s)

agent inhibiteur du TNFa, notamment:

autres, notamment:

Précédent déroulement de la maladie/remarques:

Médecin-traitant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: