

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

Limitatio (LS)

Données de la patiente:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Née le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil):

La patiente souffre d'un cancer sévère de haut grade de l'ovaire, avancé, récidivant et sensible au platine.

Diagnostic (MM/AAAA):

Traitement(s) précédent(s):

Médicament ou substance:	Nombre de cycles :	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début planifié du traitement avec Lynparza (MM/AAAA):

Compléments/Remarques:

Médecin requérant

<input type="checkbox"/> Spécialiste en gynécologie	<input type="checkbox"/> Spécialiste en oncologie				
Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.:	<input type="text"/>	Fax:	<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"/>				

Limitatio (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.08.2022

Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients atteints d'un cancer avancé sévère de haut grade de l'ovaire, sensible au platine, et suite à une réponse (partielle ou complète) à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- ≥ 2 chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec ≥ 4 cycles de thérapie.
- pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.