

Qutenza (Capsaicin)

Demande de garantie de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.12.2027 Pour le traitement de deuxième intention des douleurs neuropathiques périphériques chez les patients adultes qui ne souffrent pas d'une neuropathie associée au VIH et chez qui une réduction suffisante de la douleur n'a pu être obtenue avec un traitement de première intention (antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) ou qui n'ont pas toléré les traitements oraux de première intention. Traitement réalisé dans un centre de la douleur ou par des médecins spécialistes ayant le titre de « Spécialiste Douleur SPS® ». Le traitement par QUTENZA ne peut être poursuivi après la 3e application qu'en cas de réduction de douleur d'au moins 30% (EVA). S'il n'y a pas de réduction des douleurs d'au moins 30% (EVA) après la 3ème application, Grünenthal Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'obtention, le prix de fabrique pour le 2ème et 3ème emballage de QUTENZA. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants remboursés. La demande de remboursement intervient au moment où il est clair qu'après la 3e application de QUTENZA, il n'y a pas eu de réduction des douleurs d'au moins 30% (EVA). Garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie sur demande du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **19350.01**

Données personnelles du/de la patient/e:

Nom: Prénom: Date de naissance:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assureur-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales:

La patiente / le patient souffre de douleurs neuropathiques périphériques. Il ne s'agit pas d'une neuropathie associée au VIH. Il ne s'agit pas d'un traitement de première ligne.

Informations sur le traitement de première ligne: médicament(s) utilisé(s) :

Antiépileptiques Antidépresseurs tricycliques Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

Informations relatives au traitement antérieur de première ligne:

Une réduction suffisante de n'a pas pu être obtenue N'a pas été toléré

Le traitement est réalisé:

dans un centre de la douleur par un médecin spécialiste ayant le titre de « Spécialiste Douleur SPS® »

Remarques/Compléments:

Médecin requérant

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom: Service:

Date: