

Remicade® (Infliximab)

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

(pour la maladie de Crohn et Colite ulcéreuse, pas pour d'autres indications).

Cela concerne: **Morbus Crohn** **Colitis Ulcerosa**

Limitatio (extrait de la [liste des spécialités](#)):

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur. Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par REMICADE lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

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 Assuranced (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): Thérapie(s) précédente(s)::

Chez la maladie de Crohn: azathioprine 6-mercaptopurine stéroïdes
autres, notamment::

Chez Colite ulcéreuse: 5-ASA corticostéroïdes et immunosuppresseurs
autres, notamment:

Début de la thérapie avec Remicade®: (mois/annéer)

Pour les deux indications: évolution de la maladie:

Médecin traitant:

Nom: Prénom::

Rue: NPA: Lieu:

Tel. Fax: E-Mail:

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

Date: