

Limitatio: La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

Psoriasis en plaque: Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine).
Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 20 semaines de traitement.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **20532.01**

Arthrite psoriasique: Seul ou en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARDs ou ne l'ayant pas toléré.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **20532.02**

Spondylarthrite ankylosante: Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026. Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle (par ex. AINS) ou qui ne la tolèrent pas. mEli Lilly (Suisse) SA rembourse Fr. 203.45 par emballage de 1 pièce de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **20532.03**

Données personnelles de la patiente / du patient:

Nom:	<input type="text"/>		Prénom:	<input type="text"/>	né(e) 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° de l'assuré(e):	<input type="text"/>	Adresse Assurance (Service du MC ou MC): <input type="text"/>				
Complément d'adresse:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>	

Données médicales: Une garantie de paiement est demandée pour:

<input type="text"/>	PASI:	<input type="text"/>	DLQI:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	-------	----------------------

Thérapie(s) précédente(s): ☐ UVB ☐ PUVA ☐ Ciclosporine ☐ Méthotrexate
☐ Acitrétine ☐ Leflunomid ☐ Sulfasalazin

Autres, à savoir:

☐ Le traitement actuel n'a pas donné de résultats thérapeutiques ☐ Il y avait des intolérances

Brève description de l'évolution jusqu'à présent et de l'état actuel de la thérapie:

Pour la thérapie avec Taltz®:

☐ Monothérapie En combinaison avec les DMARDs suivants:

Médecin traitant:

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:			Département:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Date: