

Taltz® (Ixekizumab)**Demande de prise en charge des coûts**

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/acitréttine).

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:	Prénom:	né(e) le:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue:	Complément d'adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NPA:	Lieu:	Assurance:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de l'assuré(e):	Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Complément d'adresse:	NPA:	Lieu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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):	<input type="checkbox"/> UVB	<input type="checkbox"/> PUVA	<input type="checkbox"/> Ciclosporine	<input type="checkbox"/> Méthotrexate
	<input type="checkbox"/> Acitréttine	<input type="checkbox"/> Leflunomid	<input type="checkbox"/> 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: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: