

TALVEY® (Talquetamab)**Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil**

Limitatio (extrait): Limitation limitée jusqu'au 30 octobre 2025

Après garantie de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

TALVEY® est remboursé en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un myélome multiple récidivant ou réfractaire, qui ont reçu auparavant au moins trois lignes de traitement dont un inhibiteur du protéasome, un principe actif immunomodulateur et un anticorps monoclonal anti-CD38, et dont la maladie a progressé depuis la dernière ligne de traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21690.01**.

Données personnelles du patient/de la patiente:

Nom: Prénom: Date de naissance:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (serv. des médecins/médecin-conseil): Complément d'adresse :

NPA: Lieu:

Données médicales:

Patient(e) atteint(e) d'un myélome multiple récidivant ou réfractaire, ayant reçu auparavant au moins trois lignes de traitement dont un inhibiteur du protéasome, un principe actif immunomodulateur et un anticorps monoclonal anti-CD38, et dont la maladie a progressé depuis la dernière ligne de traitement.

Veuillez décrire les traitements précédents ci-dessous

Quels médicaments?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments, Remarques:

Médecin traitant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: