

Limitatio (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.07.2026.

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.

Veillez décrire les traitements précédents ci-dessous

Quels médicaments?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:

Compléments, Remarques:

--

☐ Je confirme que l'administration du Talvey est planifiée jusqu'à progression ou toxicité inacceptable (in-label).
Remarque: Sinon, le formulaire de demande de remboursement selon l'article 71 OAMal doit être utilisé

Médecin traitant:

Nom:			Prénom:		
Rue:	NPA:		Lieu:		
Tél.	Fax:		E-Mail:		
Exerçant à l'hôpital, ajoutez le nom de l'hôpital:			Département:		
Date:					