Velsipity® (Etrasimod) Demande de garantie prise en charge des c0uts à l'attention du médecin-conseil

Pour la colite ulcéreuse, Pousuite du traitement > 12 mois

Données personnelles du patient (de la patiente): Nom:	Prénom:		né(e) le:
	T TOTIONI.		110(0) 10.
Sexe: Rue:	Complén	nent d´adresse:	
□ ♀ □ ♂ □			
NPA: Lieu:			
Assurance-maladie:	No de l'a	ssuré(e).	
Assurance maladic.	140 de l'a	33416(6).	
Adresse de l'Assurance (service du médecin-conseil):	Complén	nent d´adresse:	
Auresse de l'Assurance (service du medeem consen).	Completi	ioni a daresse.	
NPA: Lieu:			
Lieu.			
Données médicales:			
Le/la patient(e) souffre d´une colite ulcéreuse act	tive modérée à sévèr	e qui n'a pas répondu de mar	nière adéquate à un
traitement conventionnel ou à un produit biologiq			noro daoquato a un
Traitemet précédent:			
Quel(s) médicaments(s), y c. la dose? de (MM/AA)	à (MM/AA)	Informations sur l'efficacité:	
Quoi(o) mediodinonio(o); y o. la doo . do (imin/ t y	α (WWW, υ)	THOMAGONO SALT CHICAGICS.	
Dilatah tahun 1990 dan 1990 da			
Début du traitement parVelsipity® (MM/AAAA):			
Motif de la demande: Pousuite du traitement > 12 mois			
Justification de la demande:			
Mádooin roguárant ou oliniquo			
Médecin requérant ou clinique	·		
Nom:	Prénom:		
Rue:	NPA:	Lieu:	
Tél. Fax:		E-Mail:	
Si exerçant àl'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital: Département:			
Date			
Date:			

<u>Limitation voir aussi LS</u> Velsipity®<u>_f_1</u>