

Simponi® (Golimumab)

Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

pour polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, Spondylarthrite ankylosante, pas pour d'autres indications

Limitatio (extrait de la liste des spécialités):

Traitement sous-cutané de la polyarthrite rhumatoïde active (seulement en association avec le méthotrexate) et traitement de l'arthrite psoriasique, lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeux de fond (DMARD) a été insuffisant. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur. Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel précédent. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e)::

Adresse Assuranced (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):

Cela concerne:

polyarthrite rhumatoïde arthrite psoriasique **Précédente thérapie:**

DMARD:

autres:

Spondylarthrite ankylosante **Précédente thérapie:**

NSAR:

autres:

Début du traitement par Simponi®: (mois/année)

Précédent déroulement de la maladie:

Médecin traitant:

Nom: Prénom::

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: