

**Hulio® (Adalimumab) Demande de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil Limitatio voir [LS](#)**

(Pour Polyarthrite rhumatoïde, Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, Arthrite psoriasique, Maladie de Bechterew, Maladie de Crohn, Colite ulcéreuse, pas pour les autres indications). **Une garantie de prise en charge est demandée pour:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Polyarthrite rhumatoïde | <input type="radio"/> Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire     |
| <input type="radio"/> Arthrite psoriasique    | <input type="radio"/> Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) |
| <input type="radio"/> Maladie de Crohn        | <input type="radio"/> Colite ulcéreuse                                   |

**Données du patient / de la patiente:**

Nom:  Prénom:  Né(e) le:

Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Assurance:**  N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):**

Traitement(s) précédent(s): Quels médicaments / dosage?	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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Hulio® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

**Médecin requérant:**

Nom:  Prénom:

Rue:  NPA:  Lieu:

Tél.  Fax:  E-mail:

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

Date:

**Limitatio (extrait):**

**Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, chez les enfants et les adolescents dès l'âge de 4 ans, arthrite psoriasique:** traitement par HULIO en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

**Spondylarthrite ankylosante** (maladie de Bechterew): traitement par HULIO lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

**Maladie de Crohn active:** traitement des patients adultes et pédiatriques par HULIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

**Colite ulcéreuse modérée à grave** chez les patients adultes : traitement par HULIO lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.