

Bimzelx® (Bimekizumab)

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

Limitatio (extrait Arthrite psoriasique): Seul ou en association avec le méthotrexate, pour le traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active ayant présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un ou plusieurs médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD). Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement, celui-ci doit être interrompu. La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie/rhumatologie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **21476.02 (ser pré)**

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 Assurance (Service du MC ou MC):		Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:			

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

☐ La patiente/le patient présente une arthrite psoriasique active (rhumatisme psoriasique actif).

Traitement(s) précédent(s):

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

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

☐ En monothérapie

☐ en combinaison avec méthotrexate

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Nom:		Prénom:	
Rue:		NPA:	
Tél.		Fax:	
S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:		Service:	
Date:			