

# Humira® (Adalimumab)

# Demande de prise en charge des coûts

Je sollicite une demande de prise en charge des coûts (S'il vous plaît cocher, pas pour les autres indications):

- polyarthrite rhumatoïde    l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire    arthrite psoriasique  
 spondylarthrite ankylosante (m. Bechterew)

**Limitatio (Extrait):** Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique : traitement par HUMIRA 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 HUMIRA 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.

### Données personnelles du patient:

Nom:  Prénom:  né(e) le:   
Sexet:  ♀    ♂   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 (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):

Thérapie précédente (cocher s'il vous plaît):

- AINS    Corticostéroïdes    DMARDs, le(s)quel(s):

### Précédent déroulement de la maladie incl. description des év. incompatibilités

### Médecin traitant:

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

Timbre et signature:.....