

Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Limitatio (Extrait: Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1.7 m², arthrite psoriasique : traitement par HYRIMOZ 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 HYRIMOZ 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. ([Lien LS](#))

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ 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 (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Une garantie de prise en charge est demandée pour:

- Polyarthrite rhumatoïde active arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1.7 m²
- Arthrite psoriasique Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)

Traitement précédent:

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 Hyrimoz® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin traitant:

Nom: Prénom::

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: