

DARZALEX SC® (Daratumumab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Befristete Limitation bis 31.05.2027

DARZALEX SC in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason (2L+)

(mit Preismodell)

Nur bis zur Progression der Krankheit.

DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplemyelom, welche

- bereits eine vorherige Therapielinie mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid erhalten haben und refraktär gegenüber Lenalidomid waren und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat **oder**

- die bereits mindestens zwei vorherige Therapielinien erhalten haben, die Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor enthielten und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat.

DARZALEX SC wird nicht vergütet, wenn

- die Patienten unter vorgängiger Behandlung mit einem CD38 Antikörper refraktär und/oder rezidivierend waren und/oder

- die Patienten eine vorgängige Behandlung mit Pomalidomid erhalten haben.

Eine Vergütung von DARZALEX SC kann nur mit einem Pomalidomid Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die vorliegende Kombinationstherapie explizit aufführt. In der Limitierung des Pomalidomid-Kombinationspartners ist festgehalten, ob für das Pomalidomid-Präparat ebenfalls Rückerstattungen einzufordern sind.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21150.06****Personalien Patientin/Patient:**

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierten oder refraktärem multiplemyelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Pomalidomid und Dexamethason.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)?

von (MM/JJJJ)

bis (MM/JJJJ)

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Behandlung:

(MM/JJJJ):

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

(Siehe auch [Spezialitätenliste](#))