POMALIDOMID-Teva® (Pomalidomid)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Substitution préparation originale/générique:

Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par POMALIDOMID-TEVA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation originale ou un autre générique dans la même indication.

POMALIDOMID-TEVA en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone

Limitatio (extrait: Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025. Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

POMALIDOMID-TEVA en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone est remboursé pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant et réfractaire, ayant déjà reçu au moins deux lignes de traitements antérieurs, dont un inhibiteur du protéasome (IP) et le lénalidomide, et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement. Si la maladie progresse ou si des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21880.04**

Données du patient/de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Données médicales, Le/la patient/e

souffre d'un myélome multiple. Le/la patient(e) a déjà été traité(e) par au moins deux thérapies, incluant le lénalidomide et un inhibiteur du protéasome, et a présenté une progression de la maladie sous le dernier traitement.

Le traitement par POMALIDOMIDE-TEVA est administré en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone.

Éventuelles précisions concernant les traitements antérieurs et l'état actuel du/de la patient(e):

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: