

Page de couverture - envoi par fax

A l'attention de:

FAX 032 626 57 30

SVK

*Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuatori malattia*

Muttenstrasse 3
4502 Solothurn

Tél: 032 626 57 47

Expéditeur:

Date:

Nombre de pages: **4** (page de couverture comprise)

Objet: Formulaire de demande de prise en charge par la SVK - CellCept

Demande de prise en charge

Ne pas oublier:

- remarques et signature du patient en page 3
- seules les demandes dûment complétées, bien lisibles et signées pourront être traitées
- Ce formulaire pourra également être imprimé sous www.svk.org.

 Myfortic®

Livraison au:
 médecin prescripteur
 médecin traitant
 patient

Date de livraison souhaitée:

Posologie:

Dosage souhaité: Compr. à 360 mg et à 180mg

1440 mg (4 x 360 mg)

autre, _____ x par jour _____ mg

Livraison par MediService

 CellCept®

Livraison au:
 médecin prescripteur
 médecin traitant
 patient

Date de livraison souhaitée:

Posologie: [matin – midi – soir]

Comprimés à 500 mg: 2 – 0 – 2

Comprimés à 500 mg: ____ – ____ – ____

Capsules à 250 mg: ____ – ____ – ____

Livraison par la Pharmacie zur Rose

1. Patient

Nom, prénom:

Date de naissance (jour, mois, année): Sexe (f/m):

Langue (d/f):

Adresse:

NPA, localité, canton de domicile:

Téléphone (avec indicatif interurbain):

Assureur-maladie: Numéro de police:

2. Médecin prescripteur

Numéro RCC:

Nom, prénom:

Titre FMH:

Adresse:

NPA, localité, canton de domicile:

Téléphone (avec indicatif interurbain): Fax:

Date, signature:

3. Médecin traitant

Numéro RCC:

Nom, prénom:

Titre FMH:

Adresse:

NPA, localité, canton de domicile:

Téléphone (avec indicatif interurbain): Fax:

4. Indication

Traitemen primaire: Lupus néphritis

Après échec des traitements standard: Polyarthrite rhumatoïde
 Sarcoïdose
 Granulomatose de Wegener
 Polyangéite microscopique

Premier diagnostic: Date:

Autre diagnostic:

5. Traitements mis en oeuvre (s'il y a lieu)

[Cocher les cases correspondantes]	Efficacité insuffisante [X]	Contre-indication [X]	Effets indésirables [X]	Remarques sur l'efficacité insuffisante, les contre-indications et effets indésirables
Cyclophosphamide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Facultatif: justification de l'utilisation, évolution de la maladie, absentéisme dû à la maladie

.....
.....
.....
.....
.....

Remarques importantes

1. **Prise en charge des coûts:** la SVK est chargée par les assureurs-maladie qui lui sont affiliés de conduire la procédure relative à la prise en charge des coûts des médicaments Myfortic et CellCept. Etant donné que ces médicaments ne sont pas homologués par Swissmedic dans les indications figurant à la page 2, la prise en charge des coûts ne relève par principe pas de l'assurance de base du patient. Sous certaines conditions, la caisse peut cependant reconnaître l'existence d'une "indication orpheline" et approuver un remboursement par l'assurance de base.
2. **Livraison / facturation:** la livraison est effectuée par les pharmacies sous contrat avec les fabricants. La facture du médicament est adressée par la pharmacie sous contrat du partenaire au contrat à l'assureur-maladie et envoyée à la SVK.
3. **Recueil des données:** les données médicales sont rassemblées à la SVK et mises à la disposition des sociétés professionnelles et/ou des leaders d'opinion sous forme anonyme à des fins statistiques.
4. **Protection des données:** la SVK garantit à tout moment la protection des données conformément à l'article 84 de la loi sur l'assurance-maladie.
5. **Signature:** aucune prise en charge des coûts n'est accordée par la SVK en l'absence de la signature du patient! Dans ce cas, la demande de prise en charge doit être adressée directement à l'assureur-maladie.

Date, lieu:

Signature du patient:

Mise à jour: mai 2007



lors de maladies autoimmunes:



SVK formulaire de demande de prise en charge

- Veuillez me faire parvenir de nouveaux ensembles comprenant
- un formulaire de demande de prise en charge par la SVK
 - une information destinée aux patients
 - une page de couverture pour envoi par fax
- Quantité souhaitée:
- Je souhaite des informations complémentaires sur
CellCept® lors de maladies auto-immunes
- Je souhaite recevoir la visite de votre collaborateur du service extérieur

Expéditeur:

CellCept®
mycophenolate mofetil

FAX à: 061 715 43 07