

# 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 assicuratori 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](http://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

Traitement 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)

<i>[Cocher les cases correspondantes]</i>	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

**CellCept®**



**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**