Titre

Prénom Nom

Rue No

NPA Lieu

Lieu, le date

**Prise en charge des frais de traitement d’une** Choisissez un élément. **pour :**

Nom prénom, né/e le date de naissance, rue, NPA Lieu

Choisissez un élément.

Je sollicite de la part de la Caisse maladie …… la prise en charge des frais de traitement médicamenteux de votre Choisissez un élément. mentionné ci-dessus, Choisissez un élément. d’une Choisissez un élément..

Choisissez un élément.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nom du médicament | autorisé parswissmedic | admis dans la liste des spécialités |
| ☐ | isoniazide USP (Labatec) | Oui | Non |
| ☐ | isozid (Fatol) (moins chers que isoniazide USP) | Non | Non |
| ☐ | Prothionamide | Non | Non |
| ☐ | cycloserine | Non | Non |
| ☐ | PAS | Non | Non |
| ☐ | capreomycine | Non | Non |
| ☐ | kanamycine | Non | Non |
| ☐ | clofazimine | Non | Non |

Selon **l’art.** **71b, al. 1 ou 2** **OAMal** et en tenant compte de l’art. 71c OAMal, ces médicaments sont remboursés par l’assurance maladie et peuvent être importés si :

* l’usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d’une autre prestation prise en charge par l’assurance obligatoire des soins et que celle-ci est largement prédominante; ou
* l’usage du médicament permet d’escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d’être mortelle pour l’assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d’alternative thérapeutique, il n’existe pas d’autre traitement efficace autorisé.
* ils sont reconnus à l’étranger par des autorités sanitaires disposant des comptétences équivalentes aux nôtres.

Ces conditions sont requises en l’occurrence pour ces médicaments.

Je vous remercie de votre attention et vous présente mes meilleures salutations.

Prénom Nom

Fonction