Titel

Name Vorname

Adresse

PLZ Ort

Ort, Datum

**Gesuch um Kostenübername der Behandlungskosten einer** Wählen Sie ein Element aus. **für**

Name Vorname, geb. am Geburtsdatum, Adresse, PLZ Ort

Wählen Sie ein Element aus.

Ich ersuche die Krankenversicherung ……. die Medikamentenkosten für die Behandlung der Wählen Sie ein Element aus. Ihres oben erwähnten Versicherten zu übernehmen.

Wählen Sie ein Element aus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name des Medikaments | Von Swissmedic zugelassen | In der Spezialitätenliste aufgenommen |
|  | Isoniazid USP (Labatec) | Ja | Nein |
|  | Isozid (Fatol) (günstiger als Isoniazid USP) | Nein | Nein |
|  | Prothionamid | Nein | Nein |
|  | Cycloserin | Nein | Nein |
|  | PAS | Nein | Nein |
|  | Capreomycin | Nein | Nein |
|  | Kanamycin | Nein | Nein |
|  | Clofazimin | Nein | Nein |

Gemäss **Art.** **71b Abs. 1 oder 2** **OAMal** und unter Berücksichtigung von **Artz. 71c** übernimmt die Krankenversicherung diese Medikamente, bzw. können sie importiert werden wenn :

* der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht; oder
* vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.
* das Arzneimittel von einem Land mit einem vom Institut als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist

Diese Bedingungen sind für Wählen Sie ein Element aus. erfüllt.

Wir danken Ihnen für die wohlwollende Prüfung unseres Gesuches. Für zusätzliche Auskünfte können Sie uns gerne kontaktieren.

Freundliche Grüsse

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.