

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour la mesure en continu du glucose interstitiel

## NOTICE

### 1 - PRESCRIPTION D'UN SYSTEME DE MESURE EN CONTINU DU GLUCOSE INTERSTITIEL

La prescription initiale (et le renouvellement) doit être faite par un médecin diabétologue ou par un pédiatre spécialisé en diabétologie.

Les indications de prise en charge sont à consulter sur la LLP en ligne sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (Titre 1 - chapitre 1)

À titre indicatif, ces systèmes sont réservés aux :

- patients diabétiques de type 1 (adultes et enfants) dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c  $\geq$  à 8%) en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite (pompe externe ou multi-injections selon le dispositif) et d'une auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne ( $\geq$  4/j),
- patients diabétiques de type 1 (adultes et enfants) ayant présenté des hypoglycémies sévères ayant conduit à des interventions médicales en urgence, dans les 12 mois précédents.

### 2 - COMMENT UTILISER LES DIFFERENTS VOLETS DE LA PRESCRIPTION

Votre médecin vous a remis la prescription. Vous devez :

- compléter les informations contenues dans la prescription des 3 volets,
- adresser les volets 1 et 2 au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie, sous enveloppe,
- conserver le volet 3.

### 3 - MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME

Le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable vaut accord. Présentez alors au fournisseur le volet 3 de la prescription médicale que vous avez conservé pour exécution de la prescription.

En cas de refus, la décision de l'organisme vous sera notifiée dans le délai imparti avec les voies de recours.

**IMPORTANT** si le dispositif a été délivré par le fournisseur et qu'entre temps un refus de prise en charge vous a été notifié, il ne sera pas remboursé.

---

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale, articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).*

*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.*

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable r qwt 'wp'ut{ w³ o g'de mesure en continu du glucose interstitiel

Volet 1 à adresser au contrôle médical,  
sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

date de réception :

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

Personne recevant les soins et assuré(e)

## Personne recevant les soins

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**Assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

## Adresse de l'assuré(e)

## Conditions de prise en charge des soins

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

**Maternité**  date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

## Prescription

Marque et modèle du système de mesure en continu du glucose interstitiel :

Système relié à une pompe externe à insuline : oui  non

Fourniture de capteurs :  capteurs par mois à changer tous les  jours et à renouveler  fois

(Rappel : la prescription initiale est limitée à trois mois)

## Éléments d'ordre médical

(Partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil)

➤ Patient porteur d'une pompe externe à insuline : oui  non

Si oui, la durée du traitement par pompe externe est-elle  $\geq$  à 6 mois ? oui  non

➤ Dernier taux d'HbA1c :  date :

➤ Episodes d'hypoglycémie sévère ayant conduit à des interventions médicales en urgence dans les 12 mois précédant la demande d'accord préalable : oui  non

➤ Nombre quotidien de tests d'auto-surveillance glycémiques réalisés par le patient :

➤ Formation initiale du patient au dispositif, effectuée dans un centre initiateur de pompes dont le personnel est formé à l'utilisation du dispositif : oui  non

➤ Prescription effectuée dans un centre initiateur de pompes : oui  non

## Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Date

Signature

## Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif  - motif :

Date

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable rqt 'wp'lt w<sup>3</sup> o g'de mesure en continu du glucose interstitiel

Volet 2 (administratif) à adresser au contrôle médical,  
sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

## Personne recevant les soins et assuré(e)

### Personne recevant les soins

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**Assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

### Adresse de l'assuré(e)

## Conditions de prise en charge des soins

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

**Maternité**  date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

## Prescription

Marque et modèle du système de mesure en continu du glucose interstitiel :

Système relié à une pompe externe à insuline : oui  non

Fourniture de capteurs :  capteurs par mois à changer tous les  jours et à renouveler  fois

(Rappel : la prescription initiale est limitée à trois mois)

## Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Date

Signature

## Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif  - motif :

Date

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable r qwt 'wp' u{ w³ o g'de mesure en continu du glucose interstitiel

Volet 3 à conserver par le patient  
(à présenter au pharmacien ou au fournisseur si accord de la caisse)

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Personne recevant les soins et assuré(e)

### Personne recevant les soins

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**Assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

### Adresse de l'assuré(e)

## Conditions de prise en charge des soins

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

**Maternité**  date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

## Prescription

Marque et modèle du système de mesure en continu du glucose interstitiel :

Système relié à une pompe externe à insuline : oui  non

Fourniture de capteurs :  capteurs par mois à changer tous les  " " jours et à renouveler  fois

(Rappel : la prescription initiale est limitée à trois mois)

## Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Identifiant

Date

Raison sociale

Adresse

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Signature