

**Demande de prise en charge par l'assurance maladie  
du monitoring continu de la glycémie (CGM)**

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL		

**Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 6 mois)**

Le patient utilise une pompe à insuline compatible avec la technologie CGM<sup>1)</sup>:  oui  non

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté en diabétologie et formé(e) à l'utilisation de la technologie CGM, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), répond à une des indications suivantes:

<input type="checkbox"/>	Patient diabétique de type 1, dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite (par pompe externe ou multi-injections) et d'une auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥4 / j).
<input type="checkbox"/>	Patient diabétique de type 1 instable ayant déjà nécessité une consultation d'urgence ou une hospitalisation, dans les 12 mois précédents.

Je certifie que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système de mesure en continu du glucose et est apte à l'utilisation correcte du dispositif CGM.

J'assure le suivi de la personne protégée utilisateur du dispositif CGM.

**Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que le patient a utilisé le monitoring pour 70% du temps au moins sur les 3 mois précédents la demande et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

**Dispositifs médicaux nécessaires** (prière de cocher ce qui correspond):

Capteur     Transmetteur     Récepteur

Je tiens à disposition du médecin-conseil du CMSS les pièces médicales objectivant la pathologie déclarée.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,  
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – [pharma.cns@secu.lu](mailto:pharma.cns@secu.lu)

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

<sup>1)</sup> Un récepteur inclus dans le code groupe N01D4 ne sera pris en charge que si aucune pompe à insuline compatible avec le CGM n'est utilisée.