

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

Matricule du patient

Nom et prénom

**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 ( $\geq 4$ / 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.

**Nom du / des dispositifs médicaux envisagés :**

.....

.....

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

La présente est à renvoyer au **Service Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-1010 Luxembourg

Cachet, signature et date

<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.