

Demande de prise en charge par l'assurance maladie du monitoring continu de la glycémie en cas de maladie de surcharge ou d'hyperinsulinisme

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)

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté dans la prise en charge de maladies métaboliques et attaché au service national de pédiatrie spécialisée, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), répond à une des indications suivantes :

- Patient atteint d'une maladie de surcharge et qui nécessite une surveillance continue de la glycémie en raison d'un risque avéré et documenté d'hypoglycémies graves.
- Patient atteint d'hypoglycémie hyperinsulinémique et qui nécessite une surveillance continue de la glycémie en raison d'un risque avéré et documenté d'hypoglycémies graves.

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 monitoring continu de la glycémie.

Les éléments de preuve confirmant que le patient se trouvait dans la situation déclarée au moment de la demande de prise en charge sont conservés dans le dossier médical du patient.

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

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté dans la prise en charge de maladies métaboliques et attaché au service national de pédiatrie spécialisée, 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 monitoring continu de la glycémie (prière de cocher ce qui correspond) :

- Capteur de mesure de la glycémie en continu (36 / 12 mois);
- Lecteur des mesures de glycémie faites par le capteur (1 appareil / 48 mois);
- Transmetteur des mesures de glycémie faites par le capteur vers le lecteur.

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 et médecine Préventive de la CNS,
Fax : (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

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