

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS AUPRÈS DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Demande de prise en charge des frais liés à un système de mesure du glucose en continu (CGM) avec capteur implantable longue durée (Eversense® E3) pour le diabète sucré par le spécialiste en endocrinologie/diabétologie à la caisse maladie

Je prescris le système de mesure du glucose en continu Eversense E3 à ma patiente/mon patient.

Informations personnelles concernant le patient/la patiente:

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal/Ville _____

Tél. (fixe personnel) _____ Tél. (fixe professionnel) _____

Tél. (mobile personnel) _____ Nom de l'assurance _____

Date de naissance _____ N° d'assuré _____

Limitation relative à la mesure du glucose en continu:

- hypoglycémies sévères de type II ou III
- formes sévères de diabète instable ayant déjà nécessité une consultation en urgence et/ou une hospitalisation
- taux d'HbA1c égal ou supérieur à 8 %
- Autre: _____

Découvert le: _____

Le patient/la patiente dispose déjà d'un accord de prise en charge des frais pour l'utilisation d'un dispositif de mesure du glucose en continu:

Oui Non

Les éléments de facturation suivants sont utilisés pour le matériel (sans prestation médicale):

Numéro de position MiGeL pour les transmetteurs: 21.05.01.00.2

Numéro de position TarMed pour les capteurs: GI-20

Cachet du médecin:

Lieu/Date _____ Signature (médecin) _____