

## 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) \_\_\_\_\_