

RICHIESTA PER L'ASSUNZIONE DEI COSTI DA PARTE DELLA CASSA MALATI

Domanda alla cassa malati per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio (CGM) con sensore impiantabile a lungo termine (Eversense E3) per persone con diabete mellito da parte dello specialista in endocrinologia/diabetologia

Prescrivo al/alla mio/a paziente il sistema di monitoraggio continuo (CGM) del glucosio Eversense E3.

Dati personali del/della paziente:

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ CAP/NAP/Luogo _____
Tel. (fisso privato) _____ T.Tel. (fisso lavoro) _____
Tel. (mobile privato) _____ Nome Assicurazione _____
Data di nascita _____ Numero Assicurazione _____

Limitazione per il sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

- Grave ipoglicemia grado II o III
- Forme gravi di diabete instabile (Brittle diabetes) con consultazione d'urgenza già avvenuta e/o ricovero in ospedale
- Valore HbA1c uguale o superiore all'8 %
- Altro:: _____

Diagnosi il: _____

Il/la paziente possiede già un'approvazione per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

- Sì No

Le seguenti voci di fatturazione sono utilizzate per il materiale (senza prestazioni mediche):

EMap - Numero di posizione per il Transmitter: 21.05.01.00.2

TarMed - Numero di posizione per i Sensori: GI-20

Timbro del medico:

Luogo/Data _____ Firma (Medico) _____