

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MÉDICAMENTS HYPOCHOLESTEROLEMIANTS

(article L.315-2 du Code de la sécurité sociale)

Le remboursement de certains médicaments hypocholestérolémiants (EZETIMIBE – ASSOCIATION FIXE EZETIMIBE + SIMVASTATINE – ROSUVASTATINE) est soumis à l'accord du service du contrôle médical placé près les organismes d'assurance maladie.

**IMPORTANT : AFIN D'OBTENIR UNE REPOSE RAPIDE. VOUS POUVEZ EFFECTUER CETTE DEMANDE SUR "ESPACE PRO" VIA LE SERVICE "DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MEDICAMENTS".**

## Dans quelle situation cette demande d'accord préalable doit-elle être établie ?

Le médecin prescripteur doit établir la présente demande d'accord préalable pour toute initiation de traitement d'un des trois médicaments suivants :

- ezétimibe seul,
- ezétimibe en association fixe avec de la simvastatine,
- rosuvastatine.

Cette demande d'accord préalable ne vise que les initiations de traitements, c'est-à-dire dès lors que le patient ne s'est pas vu délivrer le médicament concerné depuis 6 mois.

Chacun de ces médicaments devra faire l'objet d'une demande d'accord préalable distincte.

Les conditions d'accord ou de refus de prise en charge sont définies en fonction de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments concernés et des recommandations en vigueur.

L'accord ou le refus du service du contrôle médical placé près les organismes d'assurance maladie vaut pour l'intégralité du traitement.

En cas de refus de prise en charge, le prescripteur est tenu d'apposer la mention « non remboursable » sur les prescriptions ultérieures du médicament ayant fait l'objet de la demande.

Le prescripteur doit donc, lors de toute instauration de traitement :

- compléter l'ensemble de ce formulaire, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation de l'assuré(e), le nom ou le numéro de son centre de paiement ou de sa section mutualiste et, pour l'assuré(e) non salarié(e), le nom ou le numéro de son organisme conventionné (se reporter à l'attestation papier de la carte vitale) ,
- Envoyer immédiatement au moyen de l'enveloppe bleue intitulée « M. le Médecin Conseil » les volets 1 et 2 de la présente demande au Médecin conseil de la :
  - caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s salarié(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale,
  - caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(e)s agricoles,
  - caisse du régime social des indépendants pour les assuré(e)s non salarié(e)s non agricoles.

## **MODALITES DE REPOSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE :**

**LA NON REPOSE DE L'ORGANISME DANS LE DELAI DE 15 JOURS, A COMPTER DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE, DUMENT COMPLETEE, EQUIVAUT A UN ACCORD.**

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MÉDICAMENTS HYPOCHOLESTEROLEMIANTS

(article L. 315-2 du Code de la sécurité sociale)

Volet 1 à adresser  
au contrôle médical,  
sous enveloppe, à l'attention  
de "M. le Médecin-Conseil"

## Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)

### • Personne bénéficiaire de la prescription

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

### • Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de la prescription n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## Le médicament prescrit

### • Conditions de prise en charge du médicament

soins en rapport avec une ALD : oui  non

### • Quel médicament prescrivez-vous ?

**EZETIMIBE** posologie   $e_{q_0}$  r/jour durée de traitement  mois

**PATHOLOGIE** : hypercholestérolémie primaire  hypercholestérolémie familiale homozygote  hypercholestérolémie familiale hétérozygote   
sitostérolémie

**TRAITEMENT** : le patient reçoit-il déjà un traitement par statines ? oui  non  le taux de LDL - cholestérol cible est-il atteint ? oui  non

**CONTRE-INDICATIONS et/ou INTOLERANCE AUX STATINES** ? oui  non

**EZETIMIBE & SIMVASTATINE** dosage 10/20mg  ou 10/40mg  posologie   $e_{q_0}$  r/jour durée de traitement  mois

**PATHOLOGIE** : hypercholestérolémie primaire  hypercholestérolémie familiale homozygote  hypercholestérolémie familiale hétérozygote

**TRAITEMENT** : le patient reçoit-il déjà un traitement par statines ? oui  non  le taux de LDL - cholestérol cible est-il atteint ? oui  non

**ROSUVASTATINE** dosage 5mg  10mg  ou 20mg  posologie   $e_{q_0}$  r/jour durée de traitement  mois

**PATHOLOGIE** : hypercholestérolémie familiale homozygote  autre hypercholestérolémie et prévention du risque cardiovasculaire

le taux de LDL - cholestérol est : inférieur à 2,0 g/L  compris entre 2,0 g/L et 2,2 g/L  supérieur ou égal à 2,3 g/L

**FACTEURS DE RISQUES** : âge : 50 ans ou + chez l'homme, 60 ans ou + chez la femme  antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce <sup>(1)</sup>

diabète de type 2, traité ou non  HDL - cholestérol < 0,40g/L (1,0 mmol/L), quel que soit le sexe

hypertension artérielle permanente, traitée ou non  tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

risque d'évènement cardiovasculaire > 20 % dans les 10 ans  antécédent d'évènement cardiovasculaire <sup>(2)</sup>

atteinte rénale du diabète de type 2  micro-albuminurie > 30 mg/24h

**FACTEURS PROTECTEURS** : HDL - cholestérol > 0,60 g/L (1,5 mmol/L)

**CONTRE-INDICATIONS et/ou INTOLERANCE AUX STATINES** ? non  si oui préciser : à l'atorvastatine  à la pravastatine  à la simvastatine

<sup>(1)</sup> (infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père -ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin-, avant 65 ans chez la mère -ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin)

<sup>(2)</sup> (maladie coronarienne avérée, antécédents d'AVC, artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs)

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

signature

identifiant

(n° RPPS)

date

## AVIS DU MEDECIN CONSEIL

accord

refus

date

motif :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MÉDICAMENTS HYPOCHOLESTEROLEMIANTS

(article L. 315-2 du Code de la sécurité sociale)

Volet 2 (administratif) à adresser  
au contrôle médical,  
sous enveloppe, à l'attention de  
"M. le Médecin-Conseil"

## Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)

### • Personne bénéficiaire de la prescription

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

### • Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de la prescription n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## Le médicament prescrit

### • Conditions de prise en charge du médicament

soins en rapport avec une ALD : oui  non

### • Quel médicament prescrivez-vous ?

**EZETIMIBE** posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

**EZETIMIBE & SIMVASTATINE** dosage 10/20mg  ou 10/40mg  posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

**ROSUVASTATINE** dosage 5mg  10mg  ou 20mg  posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

signature

identifiant

(n° RPPS)

date

## AVIS DU MEDECIN CONSEIL

accord

refus

date

motif :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Réf. 730 CNAMTS octobre 2014

**DEMANDE D'ACCORD PREALABLE  
MÉDICAMENTS HYPOCHOLESTEROLEMIANTS  
VALANT PRESCRIPTION (si accord)\***  
*(article L. 315-2 du Code de la sécurité sociale)*

Volet 3 à conserver par le patient  
(à présenter au pharmacien  
si accord de la caisse)

**Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)**

• **Personne bénéficiaire de la prescription**

nom et prénom

*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

*nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)*

• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie de la prescription n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

numéro d'immatriculation

**Le médicament prescrit**

• **Conditions de prise en charge du médicament**

soins en rapport avec une ALD : oui  non

• **Quel médicament prescrivez-vous ?**

**EZETIMIBE** posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

**EZETIMIBE & SIMVASTATINE** dosage 10/20mg  ou 10/40mg  posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

**ROSUVASTATINE** dosage 5mg  10mg  ou 20mg  posologie  eqo r /jour durée de traitement  mois

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

signature

identifiant  
*(n° RPPS)*

date

**\* CE VOLET VAUT PRESCRIPTION SI L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE NE VOUS A PAS REPONDU DANS LES 15 JOURS SUIVANT LA RECEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DUMENT COMPLETEE. PRESENTEZ LE AU PHARMACIEN.**

**IMPORTANT : si l'organisme d'assurance maladie vous a notifié entre temps un refus, le médicament pourra être délivré par le pharmacien mais il ne vous sera pas remboursé.**

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.