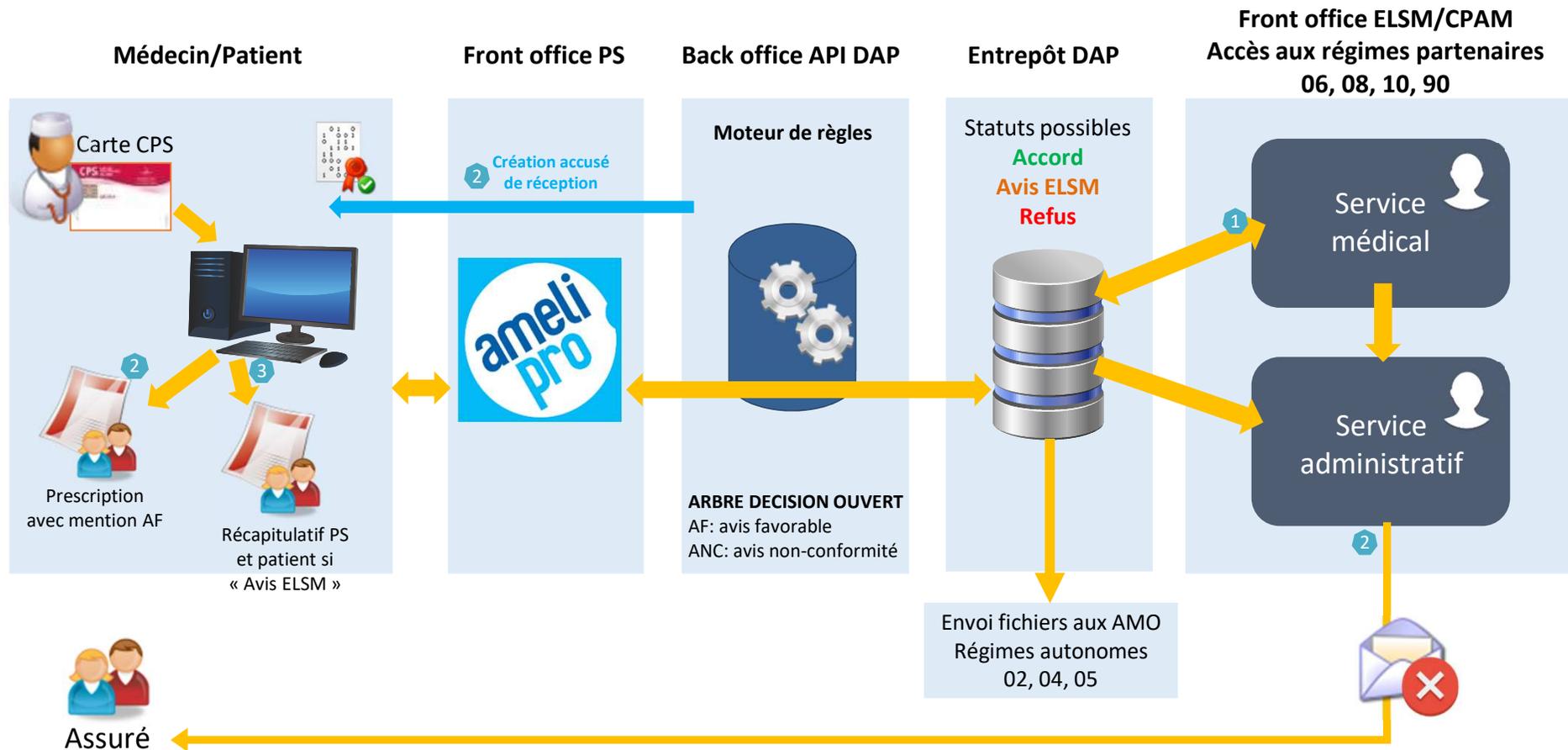


Accord préalable médicament

Présentation du service DAPM Front office « Prescripteur »



Cinématique globale du service



1. Saisie formulaire DAP instauration
2. Impression prescription si avis favorable (AF) accord immédiat
3. Impression récapitulatif DAP si avis différé et transmission de la demande pour avis et décision ELSM

1. Affichage au PS : pop in pour confirmation de transmission
2. Accusé de réception + récapitulatif PS de toutes les DAP avec avis « non-conformité » soumis à décision de l'ELSM » *

Transmission et enregistrement

1. Traitement des Avis ELSM : intervention humaine
2. Notification de refus suite avis ELSM ou accord par défaut si délai >15 jours

Remarque : En cas d'accord, une attestation de prise en charge est envoyée par le Service Médical

Accès au service DAPM

- Le service « DAPM » est accessible par carte CPS depuis le portail amelipro
- Le service est ouvert aux médecins généralistes et aux spécialistes suivants :
 - Pathologie cardio-vasculaire
 - Médecine interne
 - Endocrinologie et métabolisme
 - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Deux liens sont accessibles lorsque le patient est identifié via Infopatient :
 - « **Gérer** » permet d'accéder à la page de gestion des DAP
 - « **Créer** » permet d'accéder directement à la page de choix de la molécule à prescrire

Page de gestion des DAP médicament

- Au niveau de la page de gestion, le prescripteur voit s'afficher la liste des DAPM qu'il a réalisées et transmises pour les deux molécules evolocumab et alirocumab
- Les informations affichées au niveau de la liste sont :
 1. Nom et prénom du patient
 2. Identifiant de la DAP
 3. Molécule concernée par la DAP
 4. Date de transmission
 5. Avis rendu :
 - vert : avis favorable,
 - rouge : avis défavorable,
 - orange : pour avis médical
- Les statuts « pour avis médical » sont automatiquement mis à jour lorsque l'ELSM rend sa décision définitive
- Pour chaque demande affichée, il est possible de consulter de détail en cliquant sur le bouton « loupe » (6)

VOS DEMANDES D'ACCORD PRÉALABLE

CRÉER UNE DAP +

RECHERCHE

Critères de recherche : Du 13/04/2020 au 13/07/2020

● Avis favorable ● Avis défavorable ● Pour avis médical

12 dossier(s) trouvés(s) Filtre : Nb dossiers/page : 25

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------|---|------------|-----------------------|---|---|
| GEORGES WOLFF | DAP n° evo-i-991085333-02-465-0000-1594389522 | Evolocumab | Envoyée le 10/07/2020 | ● | 🔍 |
| JEAN-YVES CABRIT | DAP n° ali-i-991085333-02-465-0000-1594389297 | Alirocumab | Envoyée le 10/07/2020 | ● | 🔍 |
| VALERIE GARCIA | DAP n° ali-i-991085333-01-011-1031-1593787116 | Alirocumab | Envoyée le 03/07/2020 | ● | 🔍 |
| VALERIE GARCIA | DAP n° evo-i-991085333-01-011-1031-1593787090 | Evolocumab | Envoyée le 03/07/2020 | ● | 🔍 |
| ANNE HERVE | DAP n° evo-i-991085333-01-011-1031-1593764060 | Evolocumab | Envoyée le 03/07/2020 | ● | 🔍 |
| IRENE FERRIE | DAP n° ali-i-991085333-02-465-0000-1593704108 | Alirocumab | Envoyée le 02/07/2020 | ● | 🔍 |
| PIERRE WITZ | DAP n° evo-i-991085333-02-465-0000-1593703762 | Evolocumab | Envoyée le 02/07/2020 | ● | 🔍 |
| ALAIN KLEIN | DAP n° ali-i-991085333-02-465-0000-1593702962 | Alirocumab | Envoyée le 02/07/2020 | ● | 🔍 |

Page de gestion des DAP – bloc de recherche

- Au niveau de la page de gestion des DAP, le prescripteur peut accéder à un bloc « recherche » dépliant au clic
- Il est possible de faire des recherches sur plusieurs critères :
 1. Par patient : nom, prénom, NIR
 2. Par DAP : identifiant de la DAP, molécule
 3. Par état de la demande (avis favorable, avis défavorable, pour avis médical)
 4. Par période (saisie d'une date de début et d'une date de fin). Par défaut sont affichées les DAP des 3 derniers mois
- Un bouton « réinitialiser » permet de revenir vers l'affichage par défaut de la liste des DAP
- Une zone de filtre rapide permet d'afficher rapidement une DAP parmi celles remontées au niveau de la liste affichée (5)

amelipro L'Assurance Maladie

Dr ALBERT COEUR

DAP MÉDICAMENT

VOS DEMANDES D'ACCORD PRÉALABLE

CRÉER UNE DAP +

RECHERCHE

1 Par patient :
Nom Prénom
NIR

2 Par DAP :
N° de DAP Molécule

3 État de la demande :
Tous

4 Par période :
13/04/2020 13/07/2020

Réinitialiser RECHERCHER

Critères de recherche : Du 13/04/2020 au 13/07/2020

● Avis favorable ● Avis défavorable ● Pour avis médical

12 dossier(s) trouvé(s) Filtre : Nb dossiers/page : 25

| | | | | | |
|------------------|---|------------|-----------------------|---|---|
| GEORGES WOLFF | DAP n° evo-i-991085333-02-465-0000-1594389522 | Evolocumab | Envoyée le 10/07/2020 | ● | 🔍 |
| JEAN-YVES CABRIT | DAP n° ali-i-991085333-02-465-0000-1594389297 | Alirocumab | Envoyée le 10/07/2020 | ● | 🔍 |
| VALERIE GARCIA | DAP n° ali-i-991085333-01-011-1031-1593787116 | Alirocumab | Envoyée le 03/07/2020 | ● | 🔍 |

Création d'une DAP – choix de la molécule à prescrire

- Lorsque le prescripteur clique sur « créer » depuis la page d'accueil Amelipro ou sur « créer une DAP » depuis la page de gestion, il est dirigé vers une page intermédiaire qui lui permet de sélectionner la molécule à prescrire :
- Au niveau de cette page, le prescripteur retrouve l'historique des demandes de son patient identifié au préalable
- Pour chaque molécule, il peut voir :
 - Les demandes réalisées dans les 12 derniers mois
 - Pour chacune des demandes : la date, l'identifiant de la DAP et son statut (avis rendu)
 1. Si la demande a été réalisée par lui-même, il peut accéder au détail en cliquant sur l'identifiant de la DAP
 2. Si la demande a été réalisée par un autre PS, il voit uniquement ce qui est affiché à l'écran
 3. Si aucune demande n'a été réalisée, il voit s'afficher un message pour l'en informer

amelipro Assurance Maladie

Dr ALBERT COEUR

GERARD HERPE, né(e) le 16/11/1945

Statut : Assuré(e)
N°Sécu. : 1451175106101

Régime Général
Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000

DEMANDES D'ACCORD PRÉALABLE DE VOTRE PATIENT

EVOLOCUMAB CRÉER

| DATE | N° DAP | STATUT |
|------------|--|---------|
| 23/08/2020 | evo-i-991000020-01-751-7511-1598208143 | ACCORD |
| 23/08/2020 | evo-i-991000019-01-751-7511-1598207933 | DIFFERÉ |

RETOUR

ALIROCUMAB CRÉER

| DATE | N° DAP | STATUT |
|---|--------|--------|
| Aucune DAP Alirocumab n'a été enregistrée | | |

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

Mentions légales | CGU

DAP médicament Evolocumab

Formulaire de saisie de la DAP d'instauration

- Lorsque le médecin accède au formulaire de DAP d'instauration pour evolocumab, il doit renseigner les champs demandés (toutes les données sont obligatoires)
- Des questions complémentaires sont à renseigner pour la sélection de certaines pathologies (Hypercholestérolémie Familiale Hétérozygote, Hypercholestérolémie primaire isolée, Dyslipidémie Mixte)
- Pour la saisie du taux de LDL-c, il est possible de sélectionner l'unité de mesure du résultat (g/l ou mmol/l)
- Lorsque le médecin renseigne toutes les informations et sur « valider », une pop in de confirmation de la transmission s'affiche, et il peut alors confirmer la transmission de sa DAP ou revenir vers le formulaire de saisie

DAP MÉDICAMENT amelipro Dr ALBERT COEUR

GERARD HERPE, né(e) le 16/11/1945

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE - Evolocumab (Instauration)

DAP N° : evo-i-991085333-01-011-0000-1594632930 EN COURS DE CRÉATION

PATHOLOGIE

De quelle pathologie souffre le patient ?

Hypercholestérolémie familiale homozygote

Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

Hypercholestérolémie primaire isolée

Dyslipidémie mixte

Hypercholestérolémie secondaire

TRAITEMENT

Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?
Possibilité de sélectionner plusieurs traitements

Atorvastatine

Fluvastatine

Pravastatine

Rosuvastatine

Simvastatine

Ezétimibe

Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Oui Non

Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Oui Non

Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Oui Non

Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Oui Non

Préciser le dernier taux connu de LDL-c : g/L

J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, accepte que je transmette ses données à l'assurance maladie dans le cadre de sa prise en charge, j'accepte [les conditions de transmission](#) et j'ai pris connaissance des [textes applicables](#).

ABANDONNER VALIDER

Formulaire de saisie de la DAP de renouvellement

- Lorsqu'une demande d'instauration de traitement a été réalisée par un médecin spécialiste autorisé dans les 12 mois, il est possible de renouveler le traitement
- Le renouvellement est ouvert aux médecins spécialistes et généralistes (exemple en annexe 1)
- Lorsqu'il n'existe pas de demande d'instauration datant de moins de 12 mois en base :
 - le médecin spécialiste autorisé doit obligatoirement réaliser une DAP de renouvellement d'instauration
 - le médecin généraliste voit s'afficher le message ci-dessous pour l'en informer

The screenshot shows the 'DAP MÉDICAMENT' interface. At the top, there is a header with 'amelipro' and 'L'Assurance Maladie'. The user is identified as 'Dr ALBERT COEUR'. The patient's name is 'GERARD HERPE, né(e) le 16/11/1945'. Below this, there are fields for 'Statut : Assuré(e)', 'N°Sécu.: 1451175106101', 'Régime Général', and 'Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000'. The main title of the form is 'DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE - Evolocumab (Renouvellement)'. There is a field for 'DAP' with the value 'N° : evo-r-991085333-01-011-0000-1594763938' and a blue button labeled 'EN COURS DE CRÉATION'. Below this, there is a section for 'Le traitement a été instauré ou renouvelé par un spécialiste autorisé au cours des 12 mois précédents :'. It shows 'DAP N° : evo-i-991085333-01-011-0000-1594633283' and 'Envoyée : 14/07/2020'. There are two checkboxes: one for 'Je veux renouveler ce traitement' (unchecked) and another for 'J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.' (unchecked). A third checkbox is for 'Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, accepte que je transmette ses données à l'assurance maladie dans le cadre de sa prise en charge, j'accepte les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.' (unchecked). At the bottom, there are two buttons: 'ABANDONNER' and 'VALIDER'.

 En l'absence d'accord préalable connu et enregistré par l'Assurance Maladie, et conformément aux conditions de prescription de l'evolocumab définies par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), vous ne pouvez pas renouveler la prescription pour ce médicament. Merci d'inviter votre patient à se rapprocher de son spécialiste.

Cas d'un avis favorable immédiat

Accusé de réception/Récapitulatif : affichage après transmission

- Le médecin visualise son accusé de réception (1) ainsi que le récapitulatif de la demande (2)
- Lorsque les éléments renseignés au niveau de la DAP sont conformes aux indications thérapeutiques remboursables, l'avis rendu est un avis favorable immédiat (3)
- Depuis cette page, le médecin doit générer la prescription de médicament d'exception à remettre à son patient (4)
- Le médecin peut également sauvegarder / imprimer son récapitulatif au format PDF (5)

RECAPITULATIF

1

 **Transmission réussie !**
La DAP n° evo-i-991085333-01-011-0000-1598623132 de GILLES MAUDUIT a bien été transmise et reçue le 28/08/2020 à 15:59.
Ce dossier est transmis à l'organisme de gestion du bénéficiaire: 011 - Caisse Primaire de l'AIN

Patient(e) : GILLES MAUDUIT Âge : 76 ans
NIR : 1440449007019 Date de naissance : 03/04/1944

Le patient souffre de : **Hypercholestérolémie familiale homozygote** **2**

Quel(s) traitement(s) hypolipémiants(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?

- Rosuvastatine
- Ezétimibe

Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Oui

Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Oui

Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non

Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 2 g/l

Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Oui

Avis du service médical

Décision favorable de prise en charge par l'Assurance Maladie, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

Date de la décision : 28/08/2020 **3**

Vous devez imprimer une prescription pour votre patient. **4** [GÉNÉRER UNE PRESCRIPTION](#)

Vous pouvez enregistrer / imprimer un récapitulatif, pour le conserver avec votre dossier patient. **5** [ENREGISTRER/IMPRIMER VOTRE RÉCAPITULATIF](#)

[RETOUR](#)

Cas d'un avis favorable immédiat

Saisie du contenu de la prescription

- En cliquant sur « générer une prescription », une pop in s'affiche pour permettre au médecin de renseigner le contenu de cette prescription:

1. Soins en lien avec une ALD (O/N)
2. Dosage :
 - Repatha 140 mg
 - Repatha 420 mg
 - Autre (saisie libre)
3. Posologie :
 - 1 fois toutes les 2 semaines
 - 1 fois toutes les 4 semaines
 - Autre (saisie libre)
4. Durée du traitement (saisie libre)

Prescription de l'Evolocumab

Soins en rapport avec une ALD ?
 Oui Non 1

Dosage:
Repatha 140mg 2

Posologie:
1 fois toutes les 2 semaines 3

Durée du traitement:
4

RETOUR VALIDER

Cas d'un avis favorable immédiat

Prescription de médicament d'exception

- Lorsque le médecin a renseigné tous les éléments de la prescription, puis clique sur « valider », la prescription est générée au format PDF
- Ce document reprend :
 1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
 2. Les informations relatives au prescripteur
 3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
 4. Le contenu de la prescription
 5. Une zone libre pour la signature du prescripteur
 6. L'avis favorable rendu. L'accord vaut pour la durée de la prescription
 7. Les textes juridiques
- Le médecin doit remettre cette prescription à son patient après l'avoir datée et signée
- **La prescription issue du téléservice vaut ordonnance de médicament d'exception**

Prescription de médicaments d'exception - Evolocumab

DAP N° : evo-i-991085333-01-011-0000-1594633283 Transmise et reçue le : 13/07/2020 à 11:41 1

PRESCRIPTEUR 2

Prénom et nom : ALBERT COEUR Raison sociale :
Numéro AM : 991085333

BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURÉ 3

Bénéficiaire : GERARD HERPE Date de naissance : 16/11/1945
Assuré : GERARD HERPE Régime : Régime Général
Numéro de Sécu. : 1451175106101 Caisse : Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000

PRESCRIPTION

Cette prescription est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Soins en rapport avec une ALD : Oui 4

Dosage : Repatha 140mg
Posologie : 1 fois toutes les 2 semaines

Durée du traitement : 3 mois

Date et Signature : 5

Avis du service médical 6

Décision favorable de prise en charge par l'Assurance Maladie, sous réserve de contrôles ultérieurs.

Vous êtes informé que l'avis favorable du service médical résulte d'un algorithme appliqué aux données qui ont été communiquées à l'assurance maladie par votre médecin, dans le respect des critères définis par la HAS et des conditions administratives nécessaires, et cela sans qu'une personne n'intervienne dans le processus de décision. En application de l'article R 311-3-1-1 du CRPA, vous pouvez obtenir communication des règles définissant cet algorithme et les principales caractéristiques de sa mise en œuvre auprès du Directeur ou du DPO de votre caisse. Vous pouvez également saisir la CADA selon les modalités prévues par l'article R 343-1 du CRPA en cas de refus de l'administration de communiquer ces informations.

La demande d'accord préalable nécessite un traitement des données à caractère personnel vous concernant et/ou concernant votre enfant si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Vous êtes informé que vos données pourront être utilisées à des fins de prise en charge par l'Assurance Maladie. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données ainsi que d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse. En cas de difficultés en lien avec la gestion de vos données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

7

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : affichage après transmission

- Le médecin visualise son accusé de réception (1) ainsi que le récapitulatif de la demande (2)
- Lorsque les éléments renseignés au niveau de la DAP ne sont pas conformes aux indications thérapeutiques remboursables, l'avis est différé et soumis à décision de l'ELSM (3)
- Depuis cette page, le médecin doit générer et remettre l'exemplaire patient du « récapitulatif de la demande » à son patient (4)
- Le médecin peut également sauvegarder / imprimer son récapitulatif au format PDF (5)

RECAPITULATIF

1  Transmission réussie !
La DAP n° evo-i-991085333-01-011-0000-1598622496 de GILLES MAUDUIT a bien été transmise et reçue le 28/08/2020 à 15:49.
Ce dossier est transmis à l'organisme de gestion du bénéficiaire: 011 - Caisse Primaire de l'AIN

Patient(e) : GILLES MAUDUIT Âge : 76 ans
NIR : 1440449007019 Date de naissance : 03/04/1944

2 Le patient souffre de : **Hypercholestérolémie familiale hétérozygote**
Le patient nécessite-t-il une prise en charge par LDL-aphérèse ? Non
Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?
• Fluvastatine
• Rosuvastatine
Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Non
Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Oui
Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non
Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 1.24 g/l
Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Non

3 La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord.

4 Vous pouvez imprimer un récapitulatif pour votre patient. **IMPRIMER LE RÉCAPITULATIF PATIENT**

5 Vous pouvez enregistrer / imprimer un récapitulatif, pour le conserver avec votre dossier patient. **ENREGISTRER/IMPRIMER VOTRE RÉCAPITULATIF**

RETOUR

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : exemplaire patient

- L'exemplaire patient du récapitulatif de la demande est généré au format PDF. Ce document reprend :
 1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
 2. Les informations relatives au prescripteur
 3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
 4. Le récapitulatif des éléments saisis au niveau de la DAP
 5. Le constat de non-conformité ayant généré l'avis en différé
 6. Les textes juridiques
- Le médecin doit imprimer ce document et le remettre à son patient comme preuve de transmission de la demande d'accord préalable à l'assurance maladie
- **Ce récapitulatif ne vaut pas prescription**

RECAPITULATIF DAP MEDICAMENT EVOLOCUMAB - EXEMPLAIRE PATIENT

DAP N° : evo-i-991085333-01-011-0000-1598622496 Transmise et reçue le : 28/08/2020 à 15:49 **1**

PRESCRIPTEUR **2**

Prénom et nom : ALBERT COEUR Raison sociale :
Numéro AM : 991085333

BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE **3**

Bénéficiaire : GILLES MAUDUIT Date de naissance : 03/04/1944
Assuré : GILLES MAUDUIT Régime : Régime Général
Numéro de Sécu. : 1440449007019 Caisse : Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000

Le patient souffre de : **Hypercholestérolémie familiale hétérozygote**

Le patient nécessite-t-il une prise en charge par LDL-aphérese ? **Non **4****

Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?

- Fluvastatine
- Rosuvastatine

Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? **Non**

Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? **Oui**

Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? **Non**

Préciser le dernier taux connu de LDL-c : **1.24 g/l**

Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? **Non**

La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord. **5**

Vous êtes informé que le constat de non-conformité résulte d'un algorithme appliqué aux données qui ont été communiquées à l'assurance maladie par votre médecin, dans le respect des critères définis par la HAS et des conditions administratives nécessaires, et cela sans qu'une personne n'intervienne dans le processus de décision. En application de l'article R311-3-1-1 du CRPA, vous pouvez obtenir communication des règles définissant cet algorithme et les principales caractéristiques de sa mise en œuvre auprès du Directeur ou du DPO de votre caisse. Vous pouvez également saisir la CADA selon les modalités prévues par l'article R 343-1 du CRPA en cas de refus de l'administration de communiquer ces informations. **6**

La gestion de votre demande nécessite le traitement de données personnelles vous concernant par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données sont conservées pour les durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation. Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent auprès du Directeur de votre organisme de rattachement, de son Délégué à la Protection des Données ou sur votre compte ameli. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr. En cas de difficultés dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : exemplaire médecin

- L'exemplaire médecin du récapitulatif de la demande est généré au format PDF. Ce document reprend :
 1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
 2. Les informations relatives au prescripteur
 3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
 4. Le récapitulatif des éléments saisis au niveau de la DAP
 5. Le constat de non-conformité ayant généré l'avis en différé
 6. Les engagements du médecin lors de la transmission de la DAP
- Il peut être imprimé ou enregistré dans le dossier médical patient par le médecin

| RECAPITULATIF DAP MEDICAMENT | | | |
|--|----------------|---------------------|--|
| DAP N° : evo-i-991085333-01-011-0000-1598622496 Transmise et reçue le : 28/08/2020 à 15:49 1 | | | |
| PRESCRIPTEUR 2 | | | |
| Prénom et nom : | ALBERT COEUR | Raison sociale : | |
| Numéro AM : | 991085333 | | |
| BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE 3 | | | |
| Bénéficiaire : | GILLES MAUDUIT | Date de naissance : | 03/04/1944 |
| Assuré : | GILLES MAUDUIT | Régime : | Régime Général |
| Numéro de Sécu. : | 1440449007019 | Caisse : | Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000 |
| Le patient souffre de : Hypercholestérolémie familiale hétérozygote | | | |
| Le patient nécessite-t-il une prise en charge par LDL-aphérèse ? Non 4 | | | |
| Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ? | | | |
| • Fluvastatine | | | |
| • Rosuvastatine | | | |
| Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Non | | | |
| Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Oui | | | |
| Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non | | | |
| Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 1.24 g/l | | | |
| Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Non | | | |
| La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord. 5 | | | |
| J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. | | | |
| Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, a accepté que je transmette ses données à l'Assurance Maladie dans le cadre de sa prise en charge. | | | |
| J'ai accepté les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables. 6 | | | |

DAP médicament Alirocumab

Formulaire de saisie de la DAP d'instauration

- Lorsque le médecin accède au formulaire de DAP d'instauration pour alirocumab, il doit renseigner les champs demandés (toutes les données sont obligatoires)
- Une question complémentaires est à renseigner lors la sélection de la pathologie: Hypercholestérolémie Familiale Hétérozygote
- Pour la saisie du taux de LDL-c, il est possible de sélectionner l'unité de mesure du résultat (g/l ou mmol/l)
- Lorsque le médecin renseigne toutes les informations et clique sur « valider », une pop in de confirmation de la transmission s'affiche, et il peut alors confirmer la transmission de sa DAP ou revenir vers le formulaire de saisie

DAP MÉDICAMENT amelipro Dr ALBERT COEUR

GERARD HERPE, né(e) le 16/11/1945

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE - Alirocumab (Instauration)

DAP N° : ali-i-991085333-01-011-0000-1594633516 EN COURS DE CRÉATION

| PATHOLOGIE | TRAITEMENT |
|--|---|
| <p>De quelle pathologie souffre le patient ?</p> <p><input type="radio"/> Hypercholestérolémie familiale hétérozygote</p> <p><input type="radio"/> Syndrome coronarien aigu récent (< 1 an)</p> | <p>Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ? Possibilité de sélectionner plusieurs traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Atorvastatine</p> <p><input type="checkbox"/> Fluvastatine</p> <p><input type="checkbox"/> Pravastatine</p> <p><input type="checkbox"/> Rosuvastatine</p> <p><input type="checkbox"/> Simvastatine</p> <p><input type="checkbox"/> Ezétimibe</p> <p>Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Préciser le dernier taux connu de LDL-c :</p> <p><input style="width: 80px;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: none; border-bottom: 1px solid #ccc; text-align: center;" type="text"/>g/L</p> |

J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, accepte que je transmette ses données à l'assurance maladie dans le cadre de sa prise en charge, j'accepte [les conditions de transmission](#) et j'ai pris connaissance des [textes applicables](#).

ABANDONNER VALIDER

Formulaire de saisie de la DAP de renouvellement

- Lorsqu'une demande d'instauration de traitement a été réalisée par un médecin spécialiste autorisé dans les 12 mois, il est possible de renouveler le traitement
- Le renouvellement est ouvert aux médecins spécialistes et généralistes (exemple en annexe 1)
- Lorsqu'il n'existe pas de demande d'instauration datant de moins de 12 mois en base :
 - le médecin spécialiste autorisé doit obligatoirement réaliser une DAP de renouvellement d'instauration
 - le médecin généraliste voit s'afficher le message ci-dessous pour l'en informer

The screenshot shows a web interface for 'DAP MÉDICAMENT' with the following elements:

- Header: 'amelipro' logo and 'Assurance Maladie' logo.
- Page title: 'DAP MÉDICAMENT'.
- User: 'Dr ALBERT COEUR'.
- Patient info: 'GERARD HERPE, né(e) le 16/11/1945'.
- Statut: 'Assuré(e)', N°Sécu.: '1451175106101', Régime Général, Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000.
- Title: 'DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE - Alirocumab (Renouvellement)'.
- DAP N°: 'ali-r-991085333-01-011-0000-1594763994'.
- Button: 'EN COURS DE CRÉATION'.
- Text: 'Le traitement a été instauré ou renouvelé par un spécialiste autorisé au cours des 12 mois précédents : DAP N° : ali-i-991085333-01-011-0000-1594634470 Envoyée : 14/07/2020'.
- Form fields:
 - Je veux renouveler ce traitement
 - J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.
 - Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, accepte que je transmette ses données à l'assurance maladie dans le cadre de sa prise en charge, j'accepte les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.
- Buttons: 'ABANDONNER' and 'VALIDER'.

 En l'absence d'accord préalable connu et enregistré par l'Assurance Maladie, et conformément aux conditions de prescription de l'evolocumab définies par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), vous ne pouvez pas renouveler la prescription pour ce médicament. Merci d'inviter votre patient à se rapprocher de son spécialiste.

Cas d'un avis favorable immédiat

Accusé de réception/Récapitulatif: affichage après transmission

- Le médecin visualise son accusé de réception (1) ainsi que le récapitulatif de la demande (2)
- Lorsque les éléments renseignés au niveau de la DAP sont conformes aux indications thérapeutiques remboursables, l'avis rendu est un avis favorable immédiat (3)
- Depuis cette page, le médecin doit générer la prescription de médicament d'exception à remettre à son patient (4)
- Le médecin peut également sauvegarder / imprimer son récapitulatif au format PDF (5)

RECAPITULATIF

1  Transmission réussie !
La DAP n° ali-i-991085333-01-011-0000-1598623219 de GILLES MAUDUIT a bien été transmise et reçue le 28/08/2020 à 16:00.
Ce dossier est transmis à l'organisme de gestion du bénéficiaire: 011 - Caisse Primaire de l'AIN

Patient(e) : GILLES MAUDUIT Âge : 76 ans
NIR : 1440449007019 Date de naissance : 03/04/1944

Le patient souffre de : **Hypercholestérolémie familiale hétérozygote** 2
Le patient nécessite-t-il une prise en charge par LDL-aphérèse ? Oui
Quel(s) traitement(s) hypolipémiants(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?

- Simvastatine
- Ezétimibe

Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Oui
Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Non
Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non
Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 2 g/l
Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Oui

Avis du service médical
Décision favorable de prise en charge par l'Assurance Maladie, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.
Date de la décision : 28/08/2020 3

Vous devez imprimer une prescription pour votre patient. 4 [GÉNÉRER UNE PRESCRIPTION](#)

Vous pouvez enregistrer / imprimer un récapitulatif, pour le conserver avec votre dossier patient. 5 [ENREGISTRER/IMPRIMER VOTRE RÉCAPITULATIF](#)

[RETOUR](#)

Cas d'un avis favorable immédiat

Saisie du contenu de la prescription

- En cliquant sur « générer une prescription », une pop in s'affiche pour permettre au médecin de renseigner le contenu de cette prescription:
 - Soins en lien avec une ALD (O/N)
 - Dosage :
 - Praluent 75 mg
 - Praluent 150 mg
 - Praluent 300 mg
 - Autre (saisie libre)
 - Posologie :
 - 1 fois toutes les 2 semaines
 - 1 fois toutes les 4 semaines
 - Autre (saisie libre)
 - Durée du traitement (saisie libre)

Prescription de l'Alirocumab

Soins en rapport avec une ALD ?
 Oui Non 1

Dosage:
Praluent 75 mg 2

Posologie:
1 fois toutes les 2 semaines 3

Durée du traitement:
4

RETOUR VALIDER

Cas d'un avis favorable immédiat

Prescription de médicament d'exception

- Lorsque le médecin a renseigné tous les éléments de la prescription, puis clique sur « valider », la prescription est générée au format PDF
- Ce document reprend :
 1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
 2. Les informations relatives au prescripteur
 3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
 4. Le contenu de la prescription
 5. Une zone libre pour la signature du prescripteur
 6. L'avis favorable rendu. L'accord vaut pour la durée de la prescription
 7. Les textes juridiques
- Le médecin doit remettre cette prescription à son patient après l'avoir datée et signée
- **La prescription issue du téléservice vaut ordonnance de médicament d'exception**

Prescription de médicaments d'exception - Alirocumab

DAP N° : ali-4-991085333-01-011-0000-1594634470 Transmise et reçue le : 13/07/2020 à 12:01 1

PRESCRIPTEUR 2

| | | | |
|-----------------|--------------|------------------|--|
| Prénom et nom : | ALBERT COEUR | Raison sociale : | |
| Numéro AM : | 991085333 | | |

BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE 3

| | | | |
|-------------------|---------------|---------------------|--|
| Bénéficiaire : | GERARD HERPE | Date de naissance : | 16/11/1945 |
| Assuré : | GERARD HERPE | Régime : | Régime Général |
| Numéro de Sécu. : | 1451175106101 | Caisse : | Caisse Primaire de l'AIN - Centre 0000 |

PRESCRIPTION

Cette prescription est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|---|
| Soins en rapport avec une ALD : Non | 4 | Date et Signature : | 5 |
| Dosage : | Praluent 75 mg | | |
| Posologie : | 1 fois toutes les 2 semaines | | |
| Durée du traitement : | 3 mois | | |

Avis du service médical 6

Décision favorable de prise en charge par l'Assurance Maladie, sous réserve de contrôles ultérieurs.

Vous êtes informé que l'avis favorable du service médical résulte d'un algorithme appliqué aux données qui ont été communiquées à l'assurance maladie par votre médecin, dans le respect des critères définis par la HAS et des conditions administratives nécessaires, et cela sans qu'une personne n'intervienne dans le processus de décision. En application de l'article R 311-3-1-1 du CRPA, vous pouvez obtenir communication des règles définissant cet algorithme et les principales caractéristiques de sa mise en œuvre auprès du Directeur ou du DPO de votre caisse. Vous pouvez également saisir la CADA selon les modalités prévues par l'article R 343-1 du CRPA en cas de refus de l'administration de communiquer ces informations.

La demande d'accord préalable nécessite un traitement des données à caractère personnel vous concernant et/ou concernant votre enfant si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Vous êtes informé que vos données pourront être utilisées à des fins de prise en charge par l'Assurance Maladie. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données ainsi que d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse. En cas de difficultés en lien avec la gestion de vos données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL. 7

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : affichage après transmission

- Le médecin visualise son accusé de réception (1) ainsi que le récapitulatif de la demande (2)
- Lorsque les éléments renseignés au niveau de la DAP ne sont pas conformes aux indications thérapeutiques remboursables, l'avis est différé et soumis à décision de l'ELSM (3)
- Depuis cette page, le médecin doit générer et remettre l'exemplaire patient du récapitulatif de la demande à son patient (4)
- Le médecin peut également sauvegarder / imprimer son récapitulatif au format PDF (5)

RECAPITULATIF

1  Transmission réussie !
La DAP n° ali-IS-991085333-01-011-1211-1597907122 de ALEXANDRA CURVEUR a bien été transmise et reçue le 20/08/2020 à 00:00.
Ce dossier est transmis à l'organisme de gestion du bénéficiaire: 011 - Caisse Primaire de l'AIN

Patient(e) : ALEXANDRA CURVEUR Âge : 40 ans
NIR : 2800401053175 Date de naissance : 25/04/1980

Le patient souffre de : **Hypercholestérolémie familiale hétérozygote** 2
Le patient nécessite-t-il une prise en charge par LDL-aphérèse ? Oui
Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?
• Rosuvastatine
Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Oui
Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Oui
Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non
Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 0.98 g/l
Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Non

3 La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord.

4 Vous pouvez imprimer un récapitulatif pour votre patient. [IMPRIMER LE RÉCAPITULATIF PATIENT](#)

5 Vous pouvez enregistrer / imprimer un récapitulatif, pour le conserver avec votre dossier patient. [ENREGISTRER/IMPRIMER VOTRE RÉCAPITULATIF](#)

[RETOUR](#)

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : exemplaire patient

- L'exemplaire patient du récapitulatif de la demande est généré au format PDF. Ce document reprend :

1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
2. Les informations relatives au prescripteur
3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
4. Le récapitulatif des éléments saisis au niveau de la DAP
5. Le constat de non-conformité ayant généré l'avis en différé
6. Les textes juridiques

- Le médecin doit imprimer ce document et le remettre à son patient comme preuve de transmission de la demande d'accord préalable à l'assurance maladie
- Ce récapitulatif ne vaut pas prescription**

RECAPITULATIF DAP MEDICAMENT ALIROCUMAB - EXEMPLAIRE PATIENT

DAP N° : ali-i-991085333-02-465-0000-1598020177 Transmise et reçue le : 21/08/2020 à 16:37

1

PRESCRIPTEUR

2

Prénom et nom : ALBERT COEUR Raison sociale :
Numéro AM : 991085333

BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE

3

Bénéficiaire : SOPHI THEREZE DENIS BEGASSAT Date de naissance : 18/05/1970
Assuré : SOPHI THEREZE DENIS BEGASSAT Régime : Mutualité Sociale Agricole
Numéro de Sécu. : 2700546127022 Caisse : CAHORS - Centre 0000

Le patient souffre de : **Syndrome coronarien aigu récent (< 1 an)**

Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ?

- Pravastatine

4

Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? **Oui**

Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? **Non**

Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? **Non**

Préciser le dernier taux connu de LDL-c : **1 g/l**

Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? **Non**

La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord.

5

Vous êtes informé que le constat de non-conformité résulte d'un algorithme appliqué aux données qui ont été communiquées à l'assurance maladie par votre médecin, dans le respect des critères définis par la HAS et des conditions administratives nécessaires, et cela sans qu'une personne n'intervienne dans le processus de décision. En application de l'article R311-3-1-1 du CRPA, vous pouvez obtenir communication des règles définissant cet algorithme et les principales caractéristiques de sa mise en œuvre auprès du Directeur ou du DPO de votre caisse. Vous pouvez également saisir la CADA selon les modalités prévues par l'article R 343-1 du CRPA en cas de refus de l'administration de communiquer ces informations.

6

La gestion de votre demande nécessite le traitement de données personnelles vous concernant par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données sont conservées pour les durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation. Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent auprès du Directeur de votre organisme de rattachement, de son Délégué à la Protection des Données ou sur votre compte ameli. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr. En cas de difficultés dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Cas d'un avis différé

Accusé de réception/Récapitulatif : exemplaire médecin

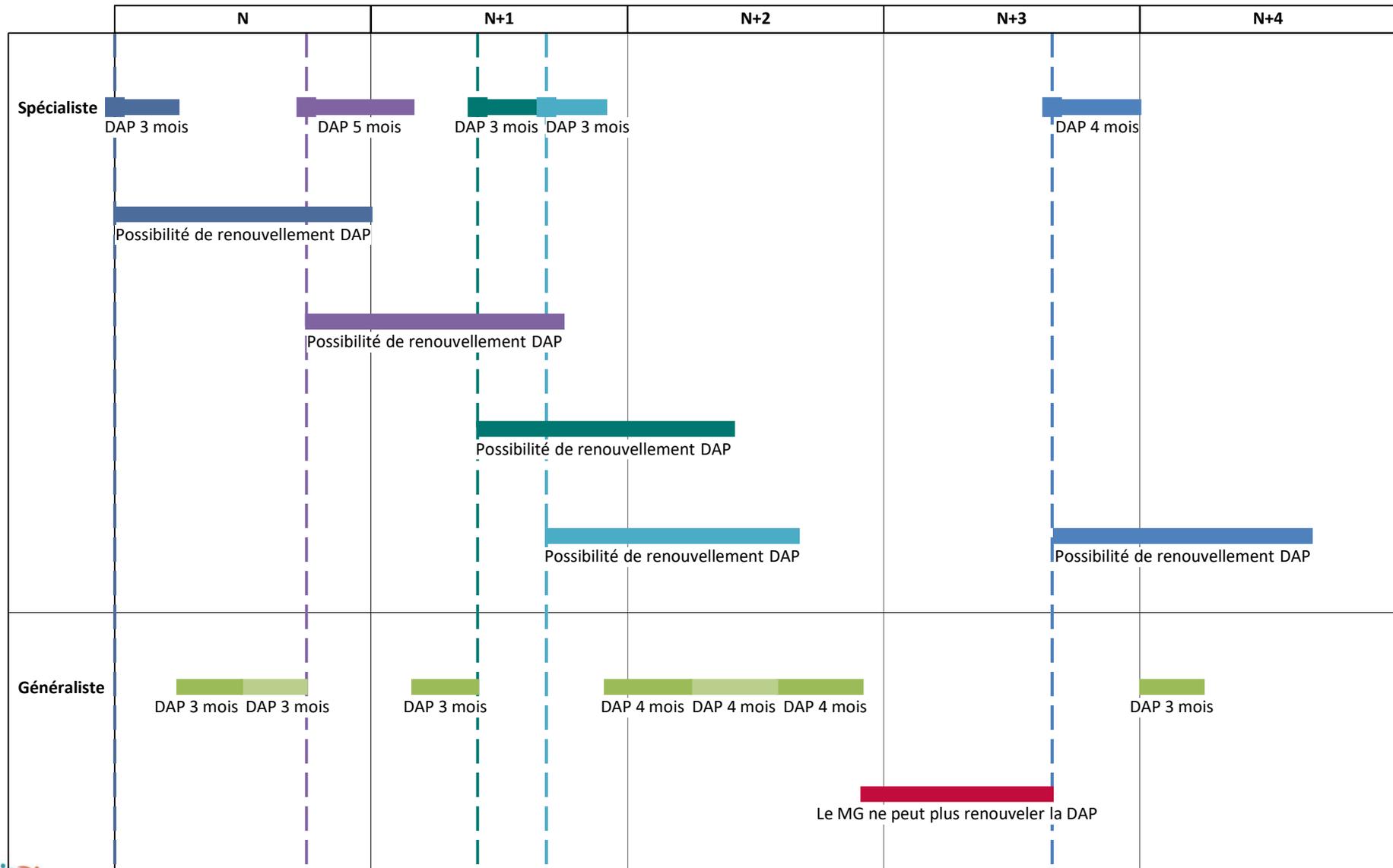
- L'exemplaire médecin du récapitulatif de la demande est généré au format PDF. Ce document reprend :
 1. L'identifiant de la DAP et sa date de transmission
 2. Les informations relatives au prescripteur
 3. Les informations relatives au bénéficiaire et à l'assuré
 4. Le récapitulatif des éléments saisis au niveau de la DAP
 5. Le constat de non-conformité ayant généré l'avis en différé
 6. Les engagements du médecin lors de la transmission de la DAP
- Il peut être imprimé ou enregistré dans le dossier médical patient par le médecin

| RECAPITULATIF DAP MEDICAMENT | | | |
|--|------------------------------|---------------------|----------------------------|
| DAP N° : ali-i-991085333-02-465-0000-1598020177 Transmise et reçue le : 21/08/2020 à 16:37 1 | | | |
| PRESCRIPTEUR 2 | | | |
| Prénom et nom : | ALBERT COEUR | Raison sociale : | |
| Numéro AM : | 991085333 | | |
| BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE 3 | | | |
| Bénéficiaire : | SOPHI THEREZE DENIS BEGASSAT | Date de naissance : | 18/05/1970 |
| Assuré : | SOPHI THEREZE DENIS BEGASSAT | Régime : | Mutualité Sociale Agricole |
| Numéro de Sécu. : | 2700546127022 | Caisse : | CAHORS - Centre 0000 |
| Le patient souffre de : Syndrome coronarien aigu récent (< 1 an) | | | |
| Quel(s) traitement(s) hypolipémiant(s) médicamenteux le patient reçoit-il ? | | | |
| • Pravastatine 4 | | | |
| Le patient reçoit-il une statine à dose maximale tolérée ? Oui | | | |
| Le patient présente-t-il une contre-indication ou une intolérance au traitement par statine ? Non | | | |
| Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? Non | | | |
| Préciser le dernier taux connu de LDL-c : 1 g/l | | | |
| Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? Non | | | |
| La présente demande fait l'objet d'un constat de non-respect des indications thérapeutiques remboursables ou de l'autorisation de mise sur le marché. Cette demande est transmise au service médical pour avis avant notification de la décision. Une décision motivée vous sera notifiée dans les 15 jours à compter de la réception de la présente demande. La non-réponse de l'organisme dans ce délai équivaut à un accord. 5 | | | |
| J'atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. | | | |
| Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, a accepté que je transmette ses données à l'Assurance Maladie dans le cadre de sa prise en charge. | | | |
| J'ai accepté les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables. 6 | | | |

Annexes

Annexe 1

Saisie de la « DAP de renouvellement » - exemple



Annexe 2 : l'imprimé (1/2)

- Cas du prescripteur qui n'a pas la possibilité de recourir au téléservice uniquement.
- Chaque imprimé rassemble :
 - la DAP d'instauration
 - et la DAP renouvellement

Demande d'accord préalable, ALIROCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

- articles L.315-2, R.315-14, R.315-15, R.315-16, R.163-2 3ème alinéa et R.165-1
dernier alinéa 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 (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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 _____

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins 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 _____

Adresse de l'assuré(e) _____

Médicament prescrit

Praluent 75 mg* Praluent 150 mg* Autre, préciser.....

Posologie

Dose injectée : 75 mg 150 mg 2 x 150 mg Autre, préciser.....

Rythme d'injection : 1 fois toutes les 2 semaines 1 fois toutes les 4 semaines Autre, préciser.....

Durée du traitement : _____

Conditions de prescription

Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : OUI NON

Type de prescription du traitement

Instauration du traitement Renouvellement (dans ce cas aller directement à la partie renouvellement)

Instauration du traitement

■ Pathologies :
 Hypercholestérolémie familiale hétérozygote Syndrome coronarien aigu récent

■ Traitements hypolipémiants médicamenteux en cours (plusieurs cas possibles) :
 Atorvastatine Fluvastatine Pravastatine Rosuvastatine Simvastatine Ezétimibe Cholestyramine

■ La statine est-elle prescrite à dose maximale tolérée ? OUI NON

■ Le patient relève t-il d'une prise en charge par LDL-aphérese ? OUI NON

■ Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? OUI NON

Préciser le dernier taux connu de LDL-cholestérol : _____ g/L ou _____ mmol/L

L'Alirocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? OUI NON

Renouvellement du traitement

Le traitement a-t-il été instauré par un spécialiste autorisé au cours des 12 mois précédents ? OUI NON

Si oui, date de la prescription du spécialiste : _____

Précisez le numéro de la DAP ayant reçu un avis favorable à la prise en charge _____ et/ou le nom du spécialiste ayant prescrit le traitement : _____

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Nom et prénom _____ | Raison sociale _____ |
| Identifiant _____ | Adresse _____ |
| | N° structure _____ |
| | (AM, FINESS ou SIRET) _____ |

Je soussigné(e), Docteur _____ atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Date _____ Signature _____

AVIS DU MEDECIN CONSEIL

Accord Refus Motif _____

Date _____



Annexe 2 : l'imprimé (2/2)

- Le prescripteur remplit le formulaire et adresse les volets 1 et 2 au SM et remet le volet 3 au patient.
- En cas d'accord, le volet 3 vaut prescription de médicament d'exception.
- L'assuré devra présenter la prescription (volet 3) ainsi que l'attestation de prise en charge émanant du service médical.

Demande d'accord préalable, ALIROCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

- articles L.315-2, R.315-14, R.315-15, R.315-16, R.163-2 3ème alinéa et R.165-1
dernier alinéa 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 (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin) | |
| nom et prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small> | |
| numéro d'immatriculation <input style="width: 60%;" type="text"/> | <small>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)</small> |
| date de naissance <input style="width: 60%;" type="text"/> | |
| Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)) | |
| nom et prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small> | |
| numéro d'immatriculation <input style="width: 60%;" type="text"/> | |
| Adresse de l'assuré(e) <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Médicament prescrit | |
| <input type="checkbox"/> Praluent 75 mg* <input type="checkbox"/> Praluent 150 mg* <input type="checkbox"/> Autre, préciser: <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Posologie | |
| Dose injectée : <input type="checkbox"/> 75 mg <input type="checkbox"/> 150 mg <input type="checkbox"/> 2 x 150 mg <input type="checkbox"/> Autre, préciser: <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Rythme d'injection : <input type="checkbox"/> 1 fois toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> 1 fois toute les 4 semaines <input type="checkbox"/> Autre, préciser: <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Durée du traitement : <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Conditions de prescription | |
| Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Renouvellement du traitement | |
| Le traitement a-t-il été instauré par un spécialiste autorisé au cours des 12 mois précédents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Si oui, date de la prescription du spécialiste : <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Précisez le numéro de la DAP ayant reçu un avis favorable à la prise en charge <input style="width: 100px;" type="text"/> et/ou le nom du spécialiste ayant prescrit le traitement : <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce | |
| Nom et prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> | Raison sociale <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Identifiant <input style="width: 90%;" type="text"/> | Adresse <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| | N° structure (AM, FINESS ou SIRET) <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Je soussigné(e), Docteur <input style="width: 100px;" type="text"/> atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. | |
| Date <input style="width: 100px;" type="text"/> | Signature <input style="width: 100px;" type="text"/> |