

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour le traitement du syndrome d'apnées hypopnées du sommeil chez les patients de plus de 16 ans

## NOTICE

### 1 - PRESCRIPTION INITIALE, RENOUVELLEMENT

#### 1.1) Pression Positive Continue

La prescription initiale, la 2<sup>ème</sup> prescription à 4 mois pour une durée d'un an et la 3<sup>ème</sup> prescription pour le 1<sup>er</sup> renouvellement annuel sont faites par un médecin titulaire d'un DES dont la maquette intègre une formation spécifique pour la prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil ou dont la maquette mentionne la formation spécialisée transversale (FST) « sommeil » parmi ses FST indicatives.

Elle peut être également effectuée soit par :

- un pneumologue,
- un médecin dont le parcours de développement professionnel continu « sommeil » est attesté par le Conseil National Professionnel de la spécialité ou par le Collège de Médecine Générale et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- un médecin ayant obtenu un diplôme reconnu dans le domaine de la pathologie du sommeil conformément au 5<sup>ème</sup> alinéa de l'article R. 4127-79 du Code de santé publique.

Par dérogation, la 4<sup>ème</sup> prescription en cas d'observance constatée et en l'absence d'effets indésirables, peut être faite par le médecin traitant.

La prescription initiale avec une durée maximale de 4 mois, est soumise à accord préalable ; le 1<sup>er</sup> renouvellement à 4 mois, est soumis à accord préalable pour évaluer la tolérance et l'observance sur la dernière période de 28 jours ; le renouvellement annuel s'effectue sans accord préalable pour un patient dont l'observance des 12 dernières périodes consécutives de 28 jours a été d'au moins 112 heures pendant au moins 10 des 12 périodes et d'au moins 56 heures au cours des 2 autres périodes ; dans le cas contraire, une demande d'accord préalable doit être réalisée.

La prestation de PPC ne peut pas être prise en charge pour un patient qui a bénéficié dans les 12 mois précédents d'une prise en charge d'une orthèse d'avancée mandibulaire sauf demande explicite à joindre.

#### 1.2) Orthèse d'avancée mandibulaire

La prescription doit être faite par un médecin répondant aux mêmes critères qu'un prescripteur pour un traitement par pression positive continue selon le schéma suivant :

- diagnostic documenté par une polysomnographie ou une polygraphie respiratoire,
- réalisation d'un bilan du système manducateur pour vérifier l'absence de contre-indication.

La prescription initiale et le renouvellement sont soumis à accord préalable.

### 2 - COMMENT UTILISER LES DIFFERENTS VOLETS DE LA PRESCRIPTION

Vous êtes le médecin prescripteur : vous conservez le volet 4 de la prescription.

Vous êtes l'assuré (e), votre médecin vous a remis le prescription ; vous devez :

- compléter les informations contenues dans la partie « Personne recevant les soins et assuré(e) » des trois volets,
- adresser les volets 1 et 2 au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie, sous enveloppe,
- conserver le volet 3.

### 3 - MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME

Le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable vaut accord.

Présentez alors au fournisseur le volet 3 de la prescription médicale que vous avez conservé pour exécution de la prescription.

En cas de refus, la décision de l'organisme vous sera notifiée dans le délai imparti avec les voies de recours.

**IMPORTANT** : si le dispositif a été délivré par le fournisseur et qu'entre temps un refus de prise en charge vous a été notifié, il ne sera pas remboursé.

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour le traitement du syndrome d'apnées hypopnées du sommeil chez les patients de plus de 16 ans

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

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

*Veuillez compléter la rubrique relative aux éléments d'ordre médical qui figure au verso de ce volet*

## Personne recevant les soins et assuré(e)

### Personne recevant les soins

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

*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 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)

## Conditions de prise en charge des soins

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

## Traitement prescrit

➤ **Traitement par pression positive continue (PPC)**

Prescription initiale

1<sup>er</sup> renouvellement à 4 mois

Renouvellement annuel

Type d'appareil de PPC :

- autopilotée ----->
- à pression fixe ----->
- à double niveau de pression =>

Pression ou intervalle de pression (cm H<sub>2</sub>O) : .....

Réglage particulier : .....

Type d'interface : .....

Marque et modèle : .....

➤ **Traitement par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)**

Examen dentaire réalisé  Date

Prescription initiale

Renouvellement

Marque et type de modèle : .....

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

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

Date

Signature

## Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif  - motif :

Date

➤ **Prescription initiale**

☞ **Symptômes cliniques et pathologies :**

Somnolence diurne

Ronflements sévères et quotidiens

Céphalées matinales

Fatigue diurne

Nycturie

Sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil

Somnolence diurne sévère et/ou risque accidentel

Comorbidité cardio-vasculaire associée grave  « r t e k u g t » <.....

Comorbidité respiratoire associée grave  « r t e k u g t » <.....

☞ **Examen réalisé : polygraphie  polysomnographie**

**Renseigner l'indice d'apnées-hypopnées (IHA) par heure correspondant à l'examen réalisé :**

IAH ≥ 30/h  IAH < 30/h et ≥ 15/h  IAH < 15/h

*(Joindre le compte rendu de l'examen)*

➤ **Prescription du 1<sup>er</sup> renouvellement à 4 mois après la prescription initiale du traitement par PPC :**

- Indiquer l'indice d'AH/h sous traitement : .....

- Amélioration de la symptomatologie : oui  non

- Refus du relevé d'observance par le patient : oui

➤ **Prescription de renouvellement annuel du traitement par PPC :**

- Indiquer l'indice d'AH/h sous traitement : .....

- Amélioration de la symptomatologie : oui  non

- Refus du relevé d'observance par le patient : oui

➤ **Prescription de renouvellement du traitement par OAM :**

- Indiquer l'indice d'AH/h sous traitement : .....

- Amélioration de la symptomatologie : oui  non

*(Joindre le compte rendu de l'examen polygraphie ou polysomnographie de contrôle sous OAM)*

➤ **Refus ou intolérance de la PPC**

➤ **Refus ou intolérance de l'OAM**

# Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour le traitement du syndrome d'apnées hypopnées du sommeil chez les patients de plus de 16 ans

Volet 2 (administratif) à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"  
Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

## Personne recevant les soins et assuré(e)

### Personne recevant les soins

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

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 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)

## Conditions de prise en charge des soins

**Maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non

## Traitement prescrit

➤ **Traitement par pression positive continue (PPC)**

Prescription initiale

1<sup>er</sup> renouvellement à 4 mois

Renouvellement annuel

Type d'appareil de PPC :

- autopilotée ----->
- à pression fixe ----->
- à double niveau de pression =>

Pression ou intervalle de pression (cm H2O) : .....

Réglage particulier : .....

Type d'interface : .....

Marque et modèle : .....

➤ **Traitement par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)**

Examen dentaire réalisé  Date

Prescription initiale

Renouvellement

Marque et type de modèle : .....

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

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Date

Signature

## Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif  - motif :

Date



