



Une fois

Envoyer à la secrétaire de diabète par télécopieur
 514-412-4264 or courriel
 helene.dubois@muhc.mcgill.ca

Programme d'accès aux pompes à insuline – Grille d'aide à la décision clinique

| 1 – Personne assurée | | 2 – Prescripteur autorisé | |
|--|--|--|--|
| Carte de l'établissement ou d'assurance maladie OU Numéro d'assurance maladie de la personne admissible _____ Si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation | | Nom et Prénom _____ | |
| | | N. de pratique _____ | |
| | | Nom du centre hospitalier participant au programme _____ | |
| | | Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR _____ | |
| | | Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Garçon | |
| 3 – Critères d'admissibilité | | | |
| 3.1 - Section à compléter à l'inscription du patient au programme d'accès | | | |
| Le patient répond à au moins une des Indications cliniques (cocher toutes les Indications qui s'appliquent et remplir/noircir le carré correspondant à l'Indication principale) : | | | |
| <input type="checkbox"/> Hypoglycémies nocturnes ou hypoglycémies sévères récurrentes <input type="checkbox"/> Incapacité à percevoir les signes et symptômes d'hypoglycémie <input type="checkbox"/> Contrôle glycémiqne (HbA1c) suboptimal malgré le respect des consignes thérapeutiques <input type="checkbox"/> Labilité glycémiqne malgré le respect des consignes thérapeutiques <input type="checkbox"/> Difficultés importantes ou impossibilité à assurer la réalisation de l'injection d'insuline le midi en garderie ou à l'école | | | |
| 3.2 - Section à compléter lors de l'inscription du patient au programme ET à chaque renouvellement | | | |
| Le patient (et ses parents) fait la démonstration à l'équipe de soins en diabète de son engagement à répondre à l'ensemble de ces critères : | | | |
| <input type="checkbox"/> Effectuer et poursuivre la surveillance des glycémiqnes capillaires, au minimum avant chaque repas et au coucher <input type="checkbox"/> Inscrire ou consigner les résultats des glycémiqnes capillaires sur une base régulière <input type="checkbox"/> Maîtriser les concepts du calcul avancé des glucides et les appliquer dans le plan alimentaire de l'enfant <input type="checkbox"/> Offrir à l'enfant le soutien, la supervision et l'encadrement parental requis pour assurer une utilisation sécuritaire et appropriée de la pompe à insuline Participer à un programme de formation de pompe conçu selon l'âge de la clientèle <input type="checkbox"/> Se présenter pour un suivi régulier en clinique avec une équipe de soins multidisciplinaire en diabète (minimum de trois visites par an) et participer régulièrement à la mise à jour des connaissances | | | |
| 4 – Signature du prescripteur autorisé | | Date | |
| Signature du prescripteur autorisé _____ | | ANNÉE MOIS JOUR _____ | |
| | | (Cette évaluation est valide pour une année) | |

Une fois

A) MARCHÉ À SUIVRE

Depuis le 16 avril 2011, un Programme de remboursement du traitement de pompe à insuline a été mis en place. Ce programme s'adresse aux personnes de moins de 18 ans (en date du 16 avril 2011), diabétiques de type 1, qui répondent à certains critères médicaux spécifiques justifiant le traitement par pompe à insuline et qui n'ont pas d'assurance privée couvrant la totalité des coûts reliés au traitement par pompe.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) remboursera la partie non couverte par l'assurance, jusqu'à un maximum de :

- 6 300 \$ pour l'achat de la pompe (un remboursement maximum par 4 ans complétés¹);
- 4 000 \$ par année pour le matériel relié au traitement par pompe².

1. ADMISSIBILITÉ

Votre enfant est traité par injection et souhaite débiter un traitement par pompe à insuline afin d'améliorer le contrôle de son diabète ou alors votre enfant est déjà sous pompe et désire bénéficier du programme de remboursement gouvernemental : vous devez en discuter avec votre médecin qui évaluera si votre enfant répond aux critères médicaux justifiant le remboursement du traitement par pompe. Advenant le cas où votre médecin ne fait pas partie d'un centre désigné par le MSSS pour le programme de pompe, il pourra alors vous référer à l'un de ces centres.

Vous devrez en discuter avec le médecin du centre désigné qui s'assurera que l'enfant, en collaboration avec ses parents, répond aux exigences suivantes nécessaires au bon contrôle du diabète :

- Effectuer et poursuivre la surveillance des glycémies capillaires, au minimum avant chaque repas et au coucher;
- Inscire ou consigner les résultats des glycémies capillaires sur une base régulière;
- Maîtriser les concepts du calcul avancé des glucides et les appliquer dans le plan alimentaire de l'enfant;
- Participer à un programme de formation de pompe conçu selon l'âge de la clientèle;
- Se présenter pour un suivi régulier avec une équipe de soins multidisciplinaire en diabète (minimum de trois visites par an) et participer régulièrement à la mise à jour des connaissances.

Il est à noter que d'autres critères cliniques sont applicables. Une fois cette évaluation faite par le médecin, celui-ci inscrira l'enfant admissible au programme de remboursement du MSSS.

Annuellement, le médecin devra évaluer si le jeune répond encore à ces exigences afin de renouveler l'entente avec le MSSS. En tout temps, le jeune (ou ses parents selon l'âge) qui ne répond plus aux critères nécessaires au bon contrôle du diabète décrits ci-dessus pourra être retiré du programme de remboursement. À ce moment, il y aura arrêt du remboursement des fournitures, et ce, jusqu'à ce que le patient démontre le respect de l'ensemble des critères d'admissibilité.

Les jeunes inscrits avant l'âge de 18 ans continueront à obtenir un remboursement à l'âge adulte s'ils répondent toujours aux exigences du programme et ces critères continueront à être évalués annuellement par leur médecin.

¹ Après 4 ans, la possibilité de remplacer la pompe s'applique si celle-ci brise et n'est plus sous la garantie du fabricant ou alors ne répond plus aux besoins physiologiques du patient. Le médecin inscrira alors dans le formulaire d'admissibilité le besoin de renouvellement de la pompe.

² Les cathéters, réservoirs, dispositifs d'insertion, pansements, tampons adhésifs et crèmes analogiques sont reconnus dans la liste des fournitures admissibles.

2. REMBOURSEMENT

Démarches pour l'obtention du remboursement

Une fois que votre enfant aura été évalué éligible au programme de remboursement, le médecin complètera les documents qui devront inclure les informations concernant votre police d'assurance, selon votre situation. Ce document sera envoyé à l'agent payeur et vous en garderez en main une copie qui sera votre preuve d'éligibilité à fournir à la compagnie de pompe pour l'achat de l'appareil et/ou du matériel (si applicable).

Par la suite, vous pourrez vous procurer la pompe et le matériel relatif à la thérapie par pompe directement de la compagnie de pompe, via votre pharmacien ou directement d'un fournisseur en matériel de diabète.

Quant au matériel que vous avez payé depuis le 16 avril 2011, vous devez faire parvenir les factures (facture ou duplicata fourni par votre pharmacien) ET relevés originaux (relevés joints au chèque de remboursement de l'assurance si applicable) à l'agent payeur afin d'en obtenir un remboursement. Aucune copie ne sera acceptée. Si votre assureur privé a déjà payé une partie des factures, une preuve de ce remboursement devra être fournie.

Coordonnées de l'agent payeur

Vous pouvez faire parvenir les documents relatifs à un remboursement à l'agent payeur à l'adresse suivante :

Programme de remboursement des pompes à insuline
Services financiers du CHUQ
775, St-Viateur
Québec (Québec) G2L 2Z3
☎ Téléphone: 418 525-4444, p. 86105
✉ Télécopieur : 418 622-5669
✉ Courriel: programmeinsuline@chuq.qc.ca

Pour toutes interrogations concernant le programme d'accès aux pompes à insuline, vous pouvez vous référer au site du MSSS (<http://www.msss.gouv.qc.ca/>) ou communiquer avec votre équipe de diabète au numéro suivant : _____

B) ENGAGEMENT

J'ai pris connaissance des informations concernant le programme d'accès aux pompes à insuline et je m'engage à respecter les exigences nécessaires afin d'obtenir un remboursement de mon traitement par pompe. Je comprends que si un jour je ne réponds plus à ces exigences, mon médecin devra retirer mon inscription à ce programme.

Signature

Signature du parent ou du jeune diabétique,
pour celui âgé de 14 ans et plus.

Date

**Envoyer à la secrétaire de diabète par télécopieur
514-412-4264 or courriel helene.dubois@muhc.mcgill.ca**

À chaque année même après 18 ans

Santé
et Services sociaux
Québec



DT9275

ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES POMPES À INSULINE (Pédiatrique)

Nom de
l'enfant

| Section 1 : Personne assurée | | | |
|---|--|-------------|-----------|
| Nom et prénom | | | |
| Date de naissance | | Année | Mois Jour |
| Adresse (N°, rue, app.) | | | |
| Municipalité, province | | Code postal | |
| N° de téléphone | | Insc. rap. | |
| N° d'assurance maladie | | | |
| <small>Courriel d'une personne à contacter pour toutes demandes d'informations supplémentaires de la part de l'agent payeur</small> | | | |

Remplir
les
sections
1,3,4

| Section 2 : Prescripteur autorisé | | |
|-----------------------------------|----------------|--|
| Nom et prénom | N° de pratique | Nom du centre hospitalier participant au programme |

| Section 3 : Type de demande | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nouvelle demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement de la demande (l'utilisateur a déjà bénéficié du programme) | <input type="checkbox"/> Remplacement de la pompe pour des raisons cliniques | <input type="checkbox"/> Retrait du programme |
| Compagnie de pompe sélectionnée par l'utilisateur | | | <input type="checkbox"/> Fournitures seulement |
| Si l'utilisateur a déjà sa pompe; date d'acquisition de la pompe | | | Année Mois Jour |

| Section 4 : Couverture d'assurance | | |
|---|---|-----------------------------|
| Assurances privées : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, veuillez inscrire : |
| Nom de la compagnie | Détenteur de l'assurance | N° de police ou de contrat |
| J'autorise l'agent payeur ainsi que la compagnie de pompe à insuline à communiquer avec mon assureur pour vérifier mes couvertures en lien avec le programme de « Pompes à insuline » | | |
| Signature de l'assuré : _____ | | |

| Section 5 : Signature du prescripteur autorisé (cette évaluation est valide pour une année) | |
|---|-----------------|
| J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus : | |
| <input type="checkbox"/> répond aux critères d'admissibilité clinique | |
| <input type="checkbox"/> ne répond plus aux critères d'admissibilité clinique | |
| afin de pouvoir bénéficier du programme de remboursement gouvernemental pour les pompes à insuline ainsi que les fournitures. | |
| Signature du prescripteur autorisé | Date |
| | Année Mois Jour |
| Retourner le présent formulaire : | |
| Par courrier : Services financiers – CHU de Québec 775, rue Saint-Viateur Québec (Québec) G2L 2Z3 | |
| Par courriel : programmeinsuline@chuq.qc.ca | |
| Par télécopieur : 418 622-5669 | |

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment remplies et que celui-ci est signé avant de le retourner à l'agent payeur. Une copie doit également être remise à l'utilisateur.

La signature
du parent est
requis avec
ou sans
assurances
privées

Envoyer à la secrétaire
de diabète par
télécopieur
514-412-4264 or
courriel
helene.dubois@muhc.
mcgill.ca