L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

Pour en savoir plus sur le dispositif DAP sur les médicaments hypolipémiants, cliquez ici !

Accord préalable sur les médicaments hypolipémiants

Madame, Monsieur,

Depuis le 15 décembre 2020, deux arrêtés viennent de renforcer les dispositifs actuels encadrant la prise en charge des médicaments hypolipémiants de troisième intention, en subordonnant la prise en charge de l'evolocumab (Repahta®) et de l'alirocumab (Praluent®) à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Depuis cette date, une DAP est nécessaire pour chaque prescription, aussi bien pour une instauration de traitement qu'un renouvellement et pour toutes les indications de ces médicaments. En cas d'accord du service médical placé auprès des organismes d'Assurance Maladie celui-ci vaut pour la durée de cette prescription.

Certains dysfonctionnements semblent persister malgré les différentes communications réalisées par l'Assurance Maladie. Vous trouverez ci-dessous un rappel des principales règles vous concernant.

Vous êtes tenus d'agir conformément à la décision du service médical et en présence d'une prescription (article L. 315-3 du Code de la Sécurité Sociale et arrêtés susmentionnés).

A défaut de service permettant la consultation dématérialisée des avis rendus par le service médical, vous constatez l'accord :

- **Sur la prescription issue du téléservice et qui mentionne l'avis favorable de prise en charge,**
- **Ou sur l'attestation de prise en charge fournie par le patient avec le volet 3 du formulaire DAP.**

Concernant les modalités permettant de garantir en toutes circonstances l'effectivité du principe « silence vaut accord de prise en charge pour le patient» en cas d'absence de réponse du service médical au terme de délai de 15 jours, il est rappelé qu'en cas d'accord, même implicite par expiration du délai de réponse, que la DAP ait été établie par voie papier ou de manière dématérialisée, l'assuré dispose soit de la prescription issue du téléservice mentionnant directement l'accord de prise en charge du service médical, soit d'une attestation de prise en charge envoyée par le service médical.

En l'absence de l'attestation de prise en charge, vous pouvez délivrer le médicament mais l'assuré devra en avancer les frais. En cas de notification de refus, le médicament ne sera pas remboursé à l'assuré.

Comme mentionné dans les arrêtés (article 6 des arrêtés susmentionnés), **en cas d'accord du service du contrôle médical, la prescription réalisée au moyen du téléservice de l'Assurance Maladie ou au moyen du formulaire « demande d'accord préalable – Classe des anti-PCSK9 », est réputée valoir également prescription de médicament d'exception** conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article R. 163-2 du code de la Sécurité Sociale.

Cordialement,
Votre conseiller de l'Assurance Maladie