l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT À LA PRESCRIPTION LISDEXAMPHÉTAMINE (XURTA®)



ARTICLE 61 DE LA CONVENTION MÉDICALE APPROUVÉE PAR ARRÊTÉ DU 20 JUIN 2024
PARU AU JOURNAL OFFICIEL DU 21 JUIN
ARTICLES L. 162-19-1 ET R. 161-45 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ARRÊTÉ DU 10 JUIN 2026

Notice pour le prescripteur (volet 1 et 2) :

Un médicament n'est remboursé que s'il est prescrit dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et/ou de ses indications thérapeutiques remboursables (ITR). Les indications remboursables sont définies dans l'arrêté d'inscription au remboursement du médicament et peuvent être restreintes par rapport aux indications de l'AMM notamment dans les cas où des alternatives remboursées seraient à privilégier.

Pour accompagner le prescripteur, l'Assurance maladie met à disposition un outil d'accompagnement à la prescription comme prévu par la nouvelle convention médicale. Ce nouvel outil a été mis en place pour aider le prescripteur à évaluer si le médicament prescrit sera remboursé pour son patient.

XURTA® est remboursable dans le cadre d'une prise en charge globale du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 ans et plus lorsque la réponse à un traitement antérieur par le méthylphénidate est jugée cliniquement insuffisante.

XURTA® est également remboursable dans le cadre d'une prise en charge globale du TDAH chez les adultes présentant des symptômes de TDAH préexistants dans l'enfance.

Lorsque vous prescrivez de la lisdexamphétamine, il vous faut, en plus de l'ordonnance habituelle :

- Renseigner le formulaire suivant reprenant les critères clés, simples, de l'ITR
- Imprimer le formulaire (ou l'enregistrer le dans l'espace santé du patient)
- Le remettre, avec l'ordonnance, à votre patient. Il devra le présenter au pharmacien pour obtenir la prise en charge par l'Assurance maladie de son médicament.

Si votre prescription est en dehors des indications remboursables, vous pouvez la maintenir en informant votre patient que le traitement ne sera pas pris en charge par l'Assurance maladie ou bien lui prescrire un produit remboursable.

Le formulaire d'accompagnement est donc à remplir une seule fois par patient.

ENTRE VOUS ET NOUS

Tout savoir sur l'accompagnement à la prescription

Si vous ne pouvez pas utiliser le téléservice, les volets 1 et 2 du formulaire doivent être transmis, par le prescripteur, à l'adresse dédiée de votre Caisse primaire d'assurance maladie au service médical, pour les assuré(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale et de la Caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(e)s agricoles.

Le volet 3 du formulaire tient lieu de justificatif et est destiné au pharmacien. Il ne vaut pas prescription : il doit être remis au patient en même temps que l'ordonnance. Conformément à la réglementation, le pharmacien ne peut facturer le médicament concerné à l'Assurance maladie que lorsqu'il est prescrit dans ses indications thérapeutiques remboursables.

Au cours de toute la durée du traitement, le formulaire ne doit être renseigné qu'une seule fois par patient et le justificatif (volet 3) doit être stocké dans le dossier médical partagé (DMP) du patient ou conservé par le patient pour être systématiquement présenté à l'officine.

Notice pour l'assuré (volet 3) :

L'Assurance Maladie met en place un nouveau dispositif d'accompagnement à la prescription pour certains médicaments dans la prise en charge globale du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les médicaments à base de lisdexamphétamine. Cette mesure vise à garantir le bon usage de ces traitements.

Comment ça marche ?

1. Lors de votre consultation, votre prescripteur remplit le formulaire,
2. Votre prescripteur vous remet, en plus de l'ordonnance, une version imprimée du document,
3. Vous devez présenter ce justificatif à votre pharmacien en même temps que votre ordonnance,
4. Ce document est valable pour toute la durée de votre traitement,
5. Ce justificatif est nécessaire pour les patients initiés et déjà sous traitement médicamenteux à base de lisdexamphétamine, le formulaire devra être rempli une fois pour continuer à bénéficier du remboursement.

Quel médicament est concerné ?

Lisdexamphétamine (Xurta®)

Conseils importants :

- → Conservez précieusement ce document : il vous sera demandé à chaque délivrance du médicament
- → Il est recommandé de l'enregistrer dans votre espace « Mon Espace Santé » (DMP)
- → Sans ce justificatif, le médicament ne sera pas remboursé par l'Assurance Maladie

À noter :

Si votre prescripteur prescrit le médicament en dehors des recommandations :

- → Il doit vous en informer,
- → Le médicament ne sera pas remboursé,
- → Les frais seront entièrement à votre charge.

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION

Volet 1 à adresser au service médical, sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin-conseil »

Lisdexamphétamine (Xurta®)

Article 61 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 Juin 2024 paru au Journal officiel du 21 Juin
Articles L. 162-19-1 et R. 161-45 du code de la sécurité sociale
Arrêté du 10 janvier 2025

PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION DU MÉDICAMENT

Nom et Prénom

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

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

CRITÈRES À RENSEIGNER

1. Le patient est-il âgé de 6 ans ou plus ?	☐ OUI	☐ NON
2. Le médicament est-il prescrit dans le cadre strict de la prise en charge globale du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ?	☐ OUI	☐ NON
3.1 Le traitement est-il prescrit chez un adulte chez lequel les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité étaient présents durant l'enfance ?	☐ OUI	☐ NON
OU		
3.2 Le traitement est-il prescrit chez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e) âgé(e) de 6 à 17 ans avec une réponse à un traitement antérieur par le méthylphénidate jugée cliniquement insuffisante ?	☐ OUI	☐ NON

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR ET DE LA STRUCTURE DANS LAQUELLE IL EXERCE

Nom et prénom :

Identifiant :

Numéro RPPS :

Raison sociale :

Adresse :

Numéro de structure :
(AM, FINESS ou SIRET)

JUSTIFICATIF

Je soussigné(e) après avoir renseigné le formulaire d'accompagnement à la prescription, atteste que

☐ Je prescris le médicament dans son indication thérapeutique remboursable.

☐ Je prescris le médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables. Mon patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

Date

Signature

Cachet du prescripteur

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION

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

Lisdexamphétamine (Xurta®)

Article 61 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 Juin 2024 paru au Journal officiel du 21 Juin
Articles L. 162-19-1 et R. 161-45 du code de la sécurité sociale
Arrêté du 10 janvier 2025

PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION DU MÉDICAMENT

Nom et Prénom

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

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

CRITÈRES À RENSEIGNER

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR ET DE LA STRUCTURE DANS LAQUELLE IL EXERCE

Nom et prénom :

Identifiant :

Numéro RPPS :

Raison sociale :

Adresse :

Numéro de structure :
(AM, FINESS ou SIRET)

JUSTIFICATIF

Je soussigné(e) après avoir renseigné le formulaire d'accompagnement à la prescription, atteste que

☐ Je prescris le médicament dans son indication thérapeutique remboursable.

☐ Je prescris le médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables. Mon patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

Date

Signature

Cachet du prescripteur

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION

Volet 3 à conserver par patient et à remettre au pharmacien avec l'ordonnance.

Lisdexamphétamine (Xurta®)

Article 61 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 Juin 2024 paru au Journal officiel du 21 Juin
Articles L. 162-19-1 et R. 161-45 du code de la sécurité sociale
Arrêté du 10 janvier 2025

PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION DU MÉDICAMENT

Nom et Prénom

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

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

CRITÈRES À RENSEIGNER

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR ET DE LA STRUCTURE DANS LAQUELLE IL EXERCE

Nom et prénom :

Identifiant :

Numéro RPPS :

Raison sociale :

Adresse :

Numéro de structure :
(AM, FINESS ou SIRET)

JUSTIFICATIF

Je soussigné(e) après avoir renseigné le formulaire d'accompagnement à la prescription, atteste que

☐ Je prescris le médicament dans son indication thérapeutique remboursable.

☐ Je prescris le médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables. Mon patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

Date

Signature

Cachet du prescripteur