|  |
| --- |
| **CONVENTION EN MATIÈRE DE TECHNOLOGIE AVANCÉE OU ONÉREUSE (TAO)**  **POUR LE PATIENT DIABÉTIQUE**  **DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L’ORGANISME ASSUREUR**  **POUR UNE INTERVENTION DANS LES COÛTS D’UNE TAO** |

*Ce formulaire doit être introduit auprès de la mutualité du bénéficiaire pour demander une intervention dans les coûts d’une TAO.*

*Cette procédure est réglée par l’article 23, § 1er, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et par les articles 137 à 144 de l’arrêté royal coordonné du 3 juillet 1996 portant exécution de cette loi.*

**À COMPLÉTER PAR LE PATIENT :**

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné,  ……………………………………………(nom et prénom) | Apposer une vignette svp. |

☐ demande une intervention pour la technologie avancée ou onéreuse (TAO) qui m’a été prescrite et expliquée et qui me sera appliquée

Date de la demande : . . . / . . . . / . . . .

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire complète et signe la demande : veuillez mentionner le nom, relation avec le bénéficiaire et lieu de présidence principale - commune, rue et numéro).

**À COMPLÉTER PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ :**

**Identification du service conventionné**

Numéro : 7.86.9. . . . . .

Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Technologie(s) avancée(s) ou onéreuse(s) utilisée(s) pour le traitement du/de la patient.e[[1]](#footnote-1) :

Période de traitement demandée : du ... / . . / . . . . au … inclus / . . / . . . . [[2]](#footnote-2)

Il/Elle bénéficie déjà actuellement d’un accompagnement dans le cadre de la/des convention(s) suivante(s) :

☐ la convention en matière d’autogestion pour adultes

☐ de l’hôpital concerné

☐ d’un autre hôpital (numéro d’identification de la convention : 7.86……….)

☐ la convention pompe à insuline pour adultes

☐ de l’hôpital concerné

☐ d’un autre hôpital (numéro d’identification de la convention : 7.86.5……….)

☐ la convention en matière d’autogestion pour enfants et adolescents de l’hôpital concerné

☐ le/la bénéficiaire est traitée avec une pompe à insuline

☐ le/la bénéficiaire n’est PAS traitée avec une pompe à insuline

Dans ce cas, il s’agit :

☐ d’une première prescription de traitement TAO pour ce/cette bénéficiaire par ce service conventionné

☐ de la prolongation du traitement TAO par ce service conventionné, déjà approuvé antérieurement pour ce/cette bénéficiaire

☐ de la prolongation et de la modification du traitement TAO par ce service conventionné, déjà approuvé antérieurement pour ce/cette bénéficiaire (passage à une autre TAO)

Nom, signature et date du médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée :

Noms (+ adresses et numéros de téléphones) des autres médecins associés activement au traitement du diabète du/de la bénéficiaire :

* Médecins spécialistes : ..............................................................................................................................

* Médecin généraliste : ......................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Rubrique réservée au médecin-conseil** |
| Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil : …./…./……..  Décision :  ☐ Favorable  ☐ Autre décision (+ motivation) : |

1. Mentionner le nom + pseudo-code de la TAO approuvée par le Comité de l’assurance ou joindre la liste de toutes les TAO approuvées (avec pseudo-code) et y cocher ce qui est d’application. [↑](#footnote-ref-1)
2. La période débute à la date de début du traitement avec une TAO et ne peut durer plus de 12 mois. [↑](#footnote-ref-2)