|  |
| --- |
| **DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DES PRESTATIONS D'AUTOGESTION DIABÉTIQUE POUR DES PATIENTS EN TRAJET DE SOINS OU DES PATIENTS QUI ONT L’INTENTION DE CONCLURE UN CONTRAT TRAJET DE SOINS 1** |

**À REMPLIR PAR LE PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE II AYANT CONCLU UN TRAJET DE SOINS QUI EST ENCORE VALABLE OU AYANT L’INTENTION DE CONCLURE UN TEL CONTRAT**

 apposer vignette SVP

|  |
| --- |
|  |

**Le/la soussigné/e**

**…………………………………………. (nom et prénom)**

Cocher uniquement ce qui convient :

[ ]  déclare avoir conclu un contrat de trajet de soins diabète qui est encore valable.

[ ]  ne dispose pas de contrat de trajet de soins diabète mais a l’intention d’en conclure un après son hospitalisation.

[ ]  demande une intervention pour la (ou les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous, qui lui a (ont) été prescrite(s) et expliquée(s) et qu’il/elle s’engage à suivre.

Date de la demande:………../………../………….

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande : indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

**À REMPLIR PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ D’AUTOGESTION DU DIABÈTE**

**Identification du service de diabétologie conventionné :**

Numéro : 7.86. . . . . . . Nom et adresse : ………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………....................

 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :…………………………..

 ….………………………………………………………………………………………….

1 Formulaire à employer à partir du 1er juillet 2016.

Annexe 4

Pour le bénéficiaire susmentionné qui satisfait aux conditions de l’article 25 , §§ 1er et 2, de la convention conclue avec le service de diabétologie, la prestation suivante est prescrite 2.

[ ]  **Education ambulatoire du bénéficiaire avec un trajet de soins diabète, dispensée par l’équipe d’éducateurs d’un établissement conventionné à la demande du médecin généraliste**

 *(****attestation du médecin généraliste en annexe****)*

 Forfaits possibles (*période de 12 mois)*:

[ ]  **nouveau bénéficiaire : forfait annuel majoré (unique) Pseudocode** **786030**

ou

[ ]  **autre bénéficiaire : forfait annuel ordinaire**  **Pseudocode** **786015**

 Il s’agit d’une :

[ ]  **première prescription**

ou

[ ]  **prolongation**

 **Période demandée pour cette prestation** :

 du ……../………./……… (jour où l’éducation à l’autogestion a effectivement commencé)

 au ……../………./………. inclus (12 mois à compter de la date de début).

[ ]  **Délivrance du matériel d’autogestion à un bénéficiaire hospitalisé sans trajet de soins qui a l’intention de conclure un contrat trajet de soins après sa sortie de l’hôpital et qui satisfait aux critères d’inclusion en la matière**

 Sous réserve qu’il soit satisfait à toutes les conditions définies par la convention, le forfait matériel peut être attesté pour le bénéficiaire concerné.

**Pseudocode 786100**

 **Période demandée (période de 6 mois) concernant la délivrance du matériel d’autogestion (forfait matériel) :**

 du ….…/……..../……. (jour où pendant l’hospitalisation l’éducation à l’autogestion a commencé)

 au ……../………/……. inclus (6 mois à compter de la date de début).

2 Cocher ce qui convient.

Annexe 4

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Noms des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

* Médecins spécialistes : ……………………………………………………………………………………….
* Médecin généraliste : …………………………………………………………………………………………

# DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

 **Date de réception de la présente demande :** ………./…………./………..

 **Décision du médecin-conseil :**

[ ]  Favorable aux prestations demandées et aux périodes demandées

[ ]  Défavorable parce que : ……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..[ ] Autre :………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :**

……………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….