

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL  
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DES PRESTATIONS  
DE RÉÉDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE/AUTOGESTION DIABÉTIQUE <sup>1</sup>**

**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**

Le/la soussigné/e

apposer vignette SVP

..... (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 prestations mentionnées ci-dessous, qui lui ont été prescrites et expliquées et qu'il/elle s'engage à suivre.

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

Signature du bénéficiaire :

(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 :

Pour le bénéficiaire susmentionné qui satisfait aux conditions de l'article 25 bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, de la convention de rééducation fonctionnelle conclue avec le service de diabétologie, la prestation / le programme d'autogestion suivant/e est prescrit/e.

- Éducation 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 éventuels (période de 12 mois):

- |   |             |        |
|---|-------------|--------|
| <input type="radio"/> nouveau bénéficiaire : forfait annuel majoré (unique) | Pseudo-code | 786030 |
| ou  |             |        |
| <input type="radio"/> autre bénéficiaire : forfait annuel ordinaire         | Pseudo-code | 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).

○ Éducation complémentaire pendant l'hospitalisation d'un bénéficiaire avec un trajet de soins diabète, dispensée par l'équipe d'éducateurs d'un établissement conventionné

Pseudo-code

786085

Seuls les bénéficiaires hospitalisés dont le diabète est déréglé entrent en ligne de compte pour cette prestation.

○ Programme d'autogestion pour 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

Ce programme d'autogestion comprend aussi bien le

**forfait matériel** pour le matériel d'autogestion nécessaire

pseudo-code :

786100

que le

**forfait éducation** pour l'éducation de départ nécessaire pendant la période d'hospitalisation par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire

pseudo-code :

786122

Sous réserve qu'il soit satisfait à toutes les conditions définies par la convention, tant le forfait matériel que le forfait éducation peuvent être attestés pour le bénéficiaire concerné.

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

du ...../...../..... (jour où l'éducation à l'autogestion a commencé)

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

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

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

p médecins spécialistes : .....

p généraliste : .....

**DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL**

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

Décision du médecin-conseil :

p favorable aux prestations demandées et aux périodes demandées

p défavorable parce que .....

p autre .....

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

.....