**ANNEXE 1 : FORMULAIRE TYPE**

|  |
| --- |
| **Demande d’intervention au mÉdecin-conseil de l’organisme assureur**  **dans le coÛt du monitoring continu de la glycémie** |

**Ce présent formulaire vise à introduire une demande d’intervention dans le coût du monitoring en continu de la glycémie auprès de la mutualité du bénéficiaire.**

**Cette procédure est régie par l’article 23 § 1 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

**À complÉter par le patient faisant partie du groupe cible de la convention.**

Collez ici une vignette s.v.p.

**Le soussigné**

|  |
| --- |
|  |

**……………………………………………… (nom et prénom)**

demande une intervention pour le monitoring en continu de la glycémie qui m’a été prescrit et expliqué et que je m’engage à suivre

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

Signature du bénéficiaire :

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

# À complÉter par le Service conventionnE

**Identification du Service conventionné :**

Numéro : 7.86.9. . . . . . Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Pour le bénéficiaire susmentionné, un monitoring continu de la glycémie est prescrit du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . inclus[[1]](#footnote-1).

Il/Elle suit **actuellement** un programme de rééducation :

S’il s’agit d’un adulte de plus de 16 ans : dans le cadre de la convention pompe à insuline qui porte le numéro d’identification suivant : **786.5………..** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..** ) et qui suit par conséquent également un programme de rééducation dans le cadre de la convention en matière d’autogestion de patients atteints de diabète sucré qui porte le numéro d’identification suivant : **786……..** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..**).

S’il s’agit d’un enfant/adolescent de moins de 16 ans (jusqu’à 18 ans) : **pompe à insuline[[2]](#footnote-2)** dans le cadre de la convention en matière d’autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents qui porte le numéro d’identification suivant : **786.7……** (période accordée dans le cadre de cette convention : **du ..../..../…….. au ..../..../……..**).

Il s’agit en l’occurrence :

d’une **première prescription[[3]](#footnote-3)** d’un monitoring continu de la glycémie pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

Indications qui motivent la mise sous monitoring en continu de la glycémie :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ou**

Il s’agit en l’occurrence

de la **prolongation[[4]](#footnote-4)** du monitoring continu de la glycémie pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

⮱ Pourcentage de temps d’utilisation du monitoring pendant la période écoulée : ………..%

⮱ Date du contact[[5]](#footnote-5) avec l’établissement : …./…./……..

Compte-rendu du monitoring effectué pendant la période écoulée :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Noms (+ adresse et téléphone) des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

médecins spécialistes :

généraliste :

|  |  |
| --- | --- |
| **Réservé au Médecin-conseil** | **Réservé au Collège des médecins-directeurs** |
| Date de réception de la présente demande  par le médecin-conseil : …./…./……..  Décision :  Favorable  Autre :  Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs :  Favorable  Autre : | Décision :  Favorable  Autre : |

1. La période débute à la date de début du monitoring (premier jour pendant lequel le bénéficiaire jouit du monitoring) et ne peut dépasser 12 mois (cf. dispositions de l’article 17 de la convention). [↑](#footnote-ref-1)
2. Les bénéficiaires qui suivent uniquement un programme d’autogestion dans le cadre de cette convention ne sont donc pas visés. Seuls le sont les bénéficiaires qui suivent un programme pompe à insuline dans le cadre de cette convention (cf. dispositions de l’article 3 § 1er de la convention). [↑](#footnote-ref-2)
3. S’il s’agit d’une première prescription, le patient est soumis à une période d’essai de 4 mois. (cf. les dispositions de l’article 7 de la convention). [↑](#footnote-ref-3)
4. Au terme de la période d’essai ou pour toutes les autres prolongations ultérieures, il doit être démontré que le monitoring a été utilisé pour 70% du temps au moins (cf. les dispositions de l’article 8 de la convention). [↑](#footnote-ref-4)
5. Les contacts dont il est question dans le présent formulaire sont les contacts exigés à la fin de chaque période de maximum 6 mois pour laquelle du matériel a été délivré au patient. [↑](#footnote-ref-5)