**Formulaire de demande d’intervention et rapport médical à annexer**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR**

**DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

**Ce présent formulaire vise à introduire auprès de l’organisme assureur (= mutualité) du bénéficiaire une demande d’intervention dans le coût des prestations prévues dans le cadre de la convention conclue avec les Centres de référence VIH.**

**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.**

**A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE L’ARTICLE 2 DE LA CONVENTION**

**Identification du bénéficiaire (à remplir si vous ne disposez pas d’une vignette délivrée par l’organisme assureur/mutualité) ou coller une vignette**

Nom-Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro d’identification à la sécurité sociale belge (NISS ou numéro de registre national : ……………………………………………………………………………………..………………………………………..……………………………..

Date de naissance : …. /…. / ……..

**Identification du Centre de référence VIH :**

Nom et adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**Demande d’intervention dans l’accompagnement multidisciplinaire :**

Je demande une intervention de l’assurance soins de santé (= ma mutualité) dans l’accompagnement multidisciplinaire mis en place par le Centre de référence VIH mentionné ci-dessus. Cette demande vaut pour une période d’un an. A la fin de cette période d’un an, je déciderai si je souhaite renouveler cette période.

[ ]  Je déclare avoir été clairement informé du fait que l’accompagnement multidisciplinaire dont question ci-avant peut comprendre – en plus du suivi par un médecin du Centre - les interventions de praticien de l’art infirmier, de psychologue/de sexologue/d’assistant social ou d’infirmier social/de diététicien, si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

[ ]  Je déclare avoir été informé du fait qu’un suivi par le médecin du Centre (sans intervention d’un psychologue/d’un sexologue/d’un assistant social ou d’un infirmier social/d’un diététicien) est également possible. Dans ce cas, je ne dois pas signer la présente demande d’intervention. Le suivi par le Centre se limitera alors aux examens et conseils médicaux, sans accompagnement et soutien psychosociaux. Si je décide de ne pas signer actuellement la présente demande d’intervention, je pourrai quand même à l’avenir introduire une demande d’accompagnement multidisciplinaire (même dans le cas où je n’ai pas renouvelé à un certain moment la période d’accompagnement multidisciplinaire).

Date de la demande : …./…./……..

Signature du bénéficiaire :

(si un représentant légal remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport à vous et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

|  |
| --- |
| **Réservé au Médecin-conseil** |
| Date de réception de la présente demandepar le médecin-conseil : …./…./……..Décision :[ ]  Favorable[ ]  Défavorable :Motivation : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. [ ]  Autre :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |