

DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE ¹

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE A, B OU C DE LA CONVENTION ET QUI DISPOSE D'UN DMG OU POUR LEQUEL LE MEDECIN GENERALISTE NE PEUT PAS PORTER EN COMPTE LA PRESTATION DMG

apposer vignette SVP

Le/La Soussigné(e)

.....(nom et prénom)

Cocher ce qui convient :

demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

a 16 ans ou plus

répond à une des conditions suivantes :

dispose d'un DMG

est inscrit dans une maison médicale pour laquelle la prestation DMG ne peut pas être portée en compte séparément

a un médecin généraliste avec un code de compétence qui termine par 001 ou 002 pour lequel la prestation DMG ne peut pas être prise en charge

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)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE

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, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du/...../..... au...../...../..... inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2018.

Le bénéficiaire susmentionné appartient au **groupe cible** de la convention conclue pour le présent service de diabétologie ² :

Groupe A

- 1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1.
- 2. Les patients avec une perte quasi totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale ou en cas de pancréatite chronique). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline).
- 3. Les patients qui souffrent de mucoviscidose traités par insuline ou par d'autres antidiabétiques injectables.
- 4. Les patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou de diabète néonatal) qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nyctémère).
- 5. Les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose) qui souffrent d'hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l'aide d'un tiers et/ou l'appel à une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire.

Groupe B

- 1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (soit 3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nyctémère soit 2 injections de tels produits par nyctémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères).
- 2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées par insuline.
- 3. Les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline.
- 4. Les femmes diabétiques qui ont un désir de grossesse et qui sont traitées par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées).

Groupe C

- 1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nyctémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nyctémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nyctémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, pas plus de 6 mois (maximum 1 fois prolongeable), et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la convention. L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire.
- 2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes :
 - les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline.
 - les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose) qui ne répondent pas aux conditions du groupe A 5.
 - les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline.
 - les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui ont un désir de grossesse (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées).
 - les patients souffrant de pancréatites chroniques qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.2. et qui sont traités par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables.

² Cochez ce qui convient.

Il s'agit d'une ²

- première prescription** d'autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
- prolongation** d'autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
- prolongation avec changement** de groupe cible

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autogestion diabétique automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date :...../...../..... Valeur mesurée : . . , . . (valeurs normales de référence - -)

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

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

- Médecins-spécialistes:.....
- Médecins généralistes :.....

DECISION DU MEDECIN CONSEIL

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

Décision du médecin conseil ²:

- Favorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire
- Défavorable parce que :.....
- Autre :

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

.....

DEMANDE AU MEDECIN CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR D'INTERVENTION DANS LES COUTS DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D'AUTOGESTION DIABETIQUE ¹

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE A, B OU C DE LA CONVENTION, QUI N'A PAS ENCORE DE DMG

Le/la Soussigné/e

apposer vignette SVP

.....(nom et prénom)

Cocher ce qui convient :

demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

a 16 ans ou plus

s'engage à demander immédiatement un dossier médical global chez son médecin généraliste. Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau).

Le traitement de mon diabète se fera sous la coordination de mon médecin généraliste, le Dr

.....

(nom et adresse) et l'équipe de diabète du présent centre.

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)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE

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, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit pour 6 mois du/...../.....au/...../.....inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2018.

Le bénéficiaire susmentionné ²

- a commencé avec l'autogestion à l'occasion de son hospitalisation du/...../.....au/...../.....³ Dès sa sortie de l'hôpital, le patient continue à entrer en ligne de compte.
- est un patient ambulatoire sans DMG qui n'a pas encore bénéficié d'intervention dans le cadre de la convention d'autogestion diabète et pour lequel un programme de soins multidisciplinaire urgent doit débiter (par exemple diabète de grossesse).
- bénéficie déjà d'une intervention dans le cadre de la convention d'autogestion diabète mais termine son inscription dans une maison médicale et ne dispose provisoirement pas encore d'un DMG.

Le bénéficiaire susmentionné appartient au **groupe cible** de la convention conclue pour le présent service de diabétologie ²:

Groupe A

1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1.
2. Les patients avec une perte quasi totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale ou en cas de pancréatite chronique). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline).
3. Les patients qui souffrent de mucoviscidose traités par insuline ou par d'autres antidiabétiques injectables.
4. Les patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou de diabète néonatal) qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère).
5. Les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésidoblastose) qui souffrent d'hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l'aide d'un tiers et/ou l'appel d'une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire.

Groupe B

1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (soit 3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère soit 2 injections de tels produits par nycthémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères).
2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées par insuline.
3. Les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline.
4. Les femmes diabétiques qui ont un désir de grossesse et qui sont traitées par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées).

Groupe C

1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nycthémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nycthémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, pas plus de 6 mois (maximum 1 fois prolongeable), et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la convention. L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire.
2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes :
- les diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline ;
- les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésidoblastose) qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.5 ;
- les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline ;
- les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui ont un désir de grossesse (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées) ;
- les patients souffrant de pancréatites chroniques qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.2. et qui sont traités par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables.

² Cochez ce qui convient.

³ Si le bénéficiaire est encore hospitalisé à la date à laquelle la présente demande est introduite, la date de début de l'hospitalisation doit seulement être mentionnée.

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

conventionnée:.....
.....
.....

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

- Médecins spécialistes :
-

DECISION DU MEDECIN CONSEIL

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

Décision du médecin conseil ²:

- Favorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire
- Défavorable pour le suivi d'un programme de soins multidisciplinaire parce que :
.....
.....
.....
- Autre :
.....
.....

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

.....
.....

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 1^{er} juillet 2016.

Annexe 4

Pour le bénéficiaire susmentionné qui satisfait aux conditions de l'article 25 , §§ 1^{er} 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 :
.....
.....

Annexe 5

NOTIFICATION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DE LA FIN DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR L'AUTOGESTION DU DIABÈTE DU GROUPE C1 POUR LES BENEFICIAIRES QUI ONT CONCLU UN TRAJET DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L'AUTOGESTION DU DIABETE
Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Le soussigné, déclare que Mme / M
qui a suivi temporairement le programme de soins multidisciplinaire
du groupe C1 dans le cadre de la convention en matière
d'autogestion des patients atteints du diabète sucré, passe de
nouveau au régime des patients avec un trajet de soins et obtient
donc son matériel et l'éducation au diabète dans ce cadre.

apposer une vignette svp

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

.....

.....

A compléter par le médecin-conseil

Date de réception de la notification :/...../.....

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

.....