

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL  
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DES PRESTATIONS DE REEDUCATION  
PAR LA CLINIQUE CURATIVE DU PIED DIABETIQUE DE TROISIEME LIGNE <sup>1</sup>**

**A REMPLIR PAR LE PATIENT**

vignette délivrée par l'organisme assureur

demande une intervention pour un programme curatif de soins du pied diabétique .

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)

**A REMPLIR PAR LA CLINIQUE CURATIVE DU PIED DIABETIQUE DE TROISIEME LIGNE :****Identification de la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée :**

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

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme curatif de soins du pied diabétique est prescrit du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . inclus

- Il s'agit d'un
- bénéficiaire diabétique qui est aussi **bénéficiaire** de la convention-type de rééducation fonctionnelle d'autogestion de diabète sucré conclu avec **le centre de diabétologie lié à l'hôpital** concerné, présentant des lésions aux pieds.
  - bénéficiaire diabétique qui est aussi **bénéficiaire** de la convention-type de rééducation fonctionnelle d'autogestion de diabète sucré conclu avec **un centre de diabétologie lié à un autre hôpital**, présentant des lésions aux pieds.
  - bénéficiaire diabétique qui n'est **pas bénéficiaire** de la convention-type de rééducation fonctionnelle d'autogestion de diabète sucré et *qui présente* des lésions aux pieds, *et* :
    - qui a signé un contrat trajet de soin diabète ou
    - qui est suivi dans le cadre du modèle de soins de la prestation de la nomenclature 102852 par le médecin généraliste qui gère son DMG ou par un médecin généraliste qui fait partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes dont un membre gère son DMG, ou
    - qui disposait déjà d'un passeport diabète avant le 1<sup>er</sup> février 2016 (*mesure de transition jusqu'au 31 décembre 2017*)

Nom, signature et date du **médecin responsable de la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne :****DECISION DU MEDECIN-CONSEIL**

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

Décision du médecin-conseil :

p favorable du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . .

p défavorable parce que .....

p autre .....

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

.....