**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION**

**DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE CADRE DE LA CONVENTION POUR LE SUIVI DES ENFANTS NES GRANDS PREMATURES JUSQUE l’AGE DE 5,5 ANS**

**Ce présent formulaire vise à introduire une demande d’intervention dans le coût du programme de suivi des enfants nés grands prématurés (enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 32 semaines) auprès de la mutualité du bénéficiaire. Le programme de suivi court jusque l’âge de 5,5 ans de l’enfant.**

**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 LES PARENTS DU BENEFICIAIRE FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION**

Vignette délivrée par l'organisme assureur du bénéficiaire

|  |
| --- |
|  |

**Je soussigné(e)**

………………………………………………….(nom et prénom)

**Parent(s) de**

………………………………………………….(nom et prénom) ; bénéficiaire dans le cadre de la convention

demande(nt) une intervention pour le programme de suivi des enfants nés grands prématurés qui vise à mettre sur pied un suivi multidisciplinaire permettant de détecter des troubles du développement possibles liés à la grande prématurité de mon enfant. Ce programme a été expliqué par l’établissement.

consent(ent) à ce que des données relatives au programme de suivi de mon enfant soient enregistrées.

Date de la demande : …./…./……..

Signature du/de(s) parent(s) du bénéficiaire :

(si un représentant légal autre que les parents 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 CENTRE DE SUIVI**

1. **Identification du Centre de suivi :**

Numéro d’identification : …………………………………………………..........................................................................

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

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

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

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

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

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

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

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

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

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

1. **Début de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention**

Pour le bénéficiaire, la date de début[[1]](#footnote-1) de la prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante : …./…./……..

Date de la première intervention réalisée par un membre de l’équipe dans le cadre de la convention : …./…./………[[2]](#footnote-2)

1. **Données médicales**

Le médecin qui prend en charge l’enfant dans le Centre de suivi certifie que le bénéficiaire répond bien aux conditions prévues dans le cadre de la convention notamment en ce qui concerne les critères de poids et d’âge gestationnel au moment de la naissance à remplir pour que ce bénéficiaire puisse suivre le programme dans le cadre de la convention.

!! Document à annexer !! : Le document rédigé par le médecin qui a pris le bénéficiaire en charge après sa naissance (et ce, durant la période d’hospitalisation de ce bénéficiaire en raison de sa naissance prématurée). Ce document mentionne effectivement le poids de naissance du bénéficiaire ainsi que son âge gestationnel au moment de la naissance (cf. dispositions de l’article 6 de la convention).

Le médecin confirme donc sur la base de ce document, que le bénéficiaire fait partie du (cochez la /les case(s) correspondante(s)) :

Groupe 1 de la convention :

Enfant né avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse)

Né avec un poids inférieur à 1500 grammes

Groupe 2 de la convention (enfant né avec un âge gestationnel de 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31ième semaine et 6 jours de grossesse et ayant donc moins de 32 semaines et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes)

Nom, signature et date du **médecin de l'équipe conventionnée:**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date : …./…./……..

Signature :

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

**Réservé au Médecin-conseil**

Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil : …./…./……..

Décision :

Favorable

Défavorable :

Motivation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autre :

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

1. Par date de début, il est entendu la date de discussion avec les parents des résultats des examens. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cette date est importante à savoir dans le cadre du remboursement des frais de déplacements. Il s’agit de la date à partir de laquelle les frais de déplacement réalisés dans le cadre de la convention pourront être remboursés. [↑](#footnote-ref-2)