

PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE

Mention sur la prescription	Formulaire de l'éducateur	Délivrance par ordonnance	Période (*)	Modèle
Glucomètre, tiges & lancettes (ou Start Kit) "trajet de soins" ou "TDS"	OUI	1 glucomètre 3x50 tiges 100 lancettes OU Start kit	3 ans 6 mois 6 mois 3 ans	Modèle 1 + formulaire de l'éducateur
Tiges & lancettes (ou Kit de suivi) "trajet de soins" ou "TDS"	NON	3x50 tiges 100 lancettes OU Kit de suivi	6 mois	Modèle 2
Glucomètre "trajet de soins" ou "TDS"	OUI	1 glucomètre	3 ans	Modèle 3 + formulaire de l'éducateur
Glucomètre, tiges & lancettes (ou Start Kit) "programme éducation et autogestion"	NON	1 glucomètre 2x50 tiges 100 lancettes OU Start kit	3 ans 1 an 1 an 3 ans	Modèle 4
Tiges & lancettes (ou Kit de suivi) "programme éducation et autogestion"	NON	2x50 tiges 100 lancettes OU Kit de suivi	1 an	Modèle 5
Glucomètre "programme éducation et autogestion"	NON	1 glucomètre	3 ans	Modèle 6

(*) Il ressort de la responsabilité du médecin prescripteur de contrôler si le patient répond aux critères déterminés pour obtenir le matériel d'auto-contrôle. Il n'y a pas de contrôle de l'officine à ce sujet.

CODES DES HONORAIRES ET DÉLIVRANCES (01/01/2014)

CNK	Nomenclature	Intervention INAMI
5510284	Honoraire Trajet de soins diabète - Délivrance matériel	9,32 €
5510292	Honoraire Trajet de soins diabète - Délivrance glucomètre	6,41 €
5510300	Matériel Trajet de soins diabète	75,35 €
5510318	Glucomètre Trajet de soins diabète	22,17 €
5510326	Honoraire Programme éducation et autogestion - Délivrance matériel	9,32 €
5510334	Honoraire Programme éducation et autogestion - Délivrance glucomètre	6,41 €
5510342	Matériel Programme éducation et autogestion	53,19 €
5510359	Glucomètre Programme éducation et autogestion	22,17 €

Modèle 1 Trajet de soins

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510292	1 glucomètre
5510318	3x50 tiges
	100 lancettes
5510318	(ou Start kit)
5510300	"Trajet de soins" (TDS)
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

+ formulaire de l'éducateur

Modèle 2 Trajet de soins

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510284	3x50 tiges
5510300	100 lancettes (ou Kit de suivi)
	"Trajet de soins" (TDS)
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

Modèle 3 Trajet de soins

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510292	1 glucomètre
5510318	"Trajet de soins" (TDS)
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

+ formulaire de l'éducateur

Modèle 4 Education & Autogestion

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510334	1 glucomètre
5510359	2x50 tiges
	100 lancettes (ou Start kit)
5510326	"Programme éducation et autogestion"
5510342	
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

Modèle 5 Education & Autogestion

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510326	2x50 tiges
5510342	100 lancettes (ou Kit de suivi)
	"Programme éducation et autogestion"
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

Modèle 6 Education & Autogestion

	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR nom et prénom du bénéficiaire	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/
5510334	1 glucomètre
5510359	"Programme éducation et autogestion"
Cachet du prescripteur	
Date et signature du prescripteur	
Délivrable à partir de la date précitée ou par le lieu	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	