



Comment compléter un contrat de Trajet de Soins ?

CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Appliquez une vignette de mutualité du patient

Vignette mutuelle du patient

ENGAGEMENTS DU PATIENT

NOM DU PATIENT :

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutualité, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste un plan de suivi personnalisé ;
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé de l'opportunité de ce projet de soins et de la manière d'atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat ;
- En outre, j'autorise mon médecin généraliste à transmettre à l'Institut National de Santé Publique les données anonymisées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au diagnostic rénal, à la tension artérielle, et aux résultats de certains examens sanguins: (hémoglobine, créatinine, e-GFR, parathormone), à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

ZONE PATIENT

Datez et signez

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

ENGAGEMENTS DU NEPHROLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible¹, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique ;
- de transmettre les rapports de mes consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre les rapports de mes consultations médicales ;
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit à l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

ZONE MEDECIN SPECIALISTE

Datez et signez

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire : numéro de compte:

ou

hôpital : numéro de compte:

..... numéro d'entreprise:

Complétez le numéro de compte et le numéro d'entreprise

ENGAGEMENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible¹, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec le médecin spécialiste, un plan de suivi personnalisé qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre au médecin spécialiste mes consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- d'utiliser le dossier médical du patient ;
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

ZONE MEDECIN GENERALISTE

Datez et signez

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire : numéro de compte:

MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins applicable à partir du (date de réception conformément à la demande) jusqu'au

Nom + Cachet

Date et signature

ZONE MEDECIN CONSEIL

Datez et signez

¹ Critères d'inclusion pour un trajet de soins insuffisance rénale chronique

- Avoir une insuffisance rénale chronique définie par
 - o une vitesse de filtration glomérulaire calculée < 40 ml/min / 1,73m² selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- et/ou
 - o une protéinurie de >1g/jour confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse ni transplanté
- être capable d'un follow up ambulatoire, c.à.d. consulter le néphrologue/interniste dans son cabinet de consultation

RML
m³ns
BORINAGE

📍 Rue Fariaux 38i - 7000 Mons

☎ 0497 / 54 85 28



📍 Rue Fariaux 38i - 7000 Mons

☎ 0497 / 54 85 28