

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 201

21 octobre 2015

Sommaire

Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS) page [4582](#)

Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS).

Vu l'article 19bis du Code de la sécurité sociale instituant le médecin référent;

Vu l'article 60bis du Code de la sécurité sociale, disposant notamment que tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61 du Code de la sécurité sociale, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent;

Vu les articles 60ter et 60quater du Code de la sécurité sociale, portant création d'une «Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé» et disposant des modalités en relation avec le dossier de soins partagé;

Vu les articles 61 à 67 du Code de la sécurité sociale;

Vu le règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent;

Vu la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale pour les médecins, ci-après dénommée «la convention médicale»;

Considérant les démarches entreprises dans le cadre du lancement du dossier de soins partagé (ci-après DSP) tant pour la phase de préfiguration que pour sa généralisation prévue pour le début de l'année 2017, notamment l'avis de la Commission nationale de la protection des données rendu le 10 avril 2015, la résolution du Conseil de gestion de l'Agence eSanté par rapport au lancement du DSP de préfiguration prise en date du 30 avril 2015 et l'élaboration du Règlement grand-ducal prévu à l'article 60quater du Code de la sécurité sociale;

les parties soussignées, à savoir:

l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg (ci-après l'AMMD), déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, représentée par son président actuellement en fonction, le docteur Alain SCHMIT, et son secrétaire général actuellement en fonction, le docteur Claude SCHUMMER,

d'une part, et

la Caisse nationale de santé (ci-après la CNS), prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président du comité directeur actuellement en fonction, Monsieur Paul SCHMIT,

d'autre part,

ont convenu d'amender la convention médicale en y ajoutant une annexe numéro V intitulée «Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale» qui prend la teneur suivante:

Etendue du dispositif médecin référent

Art. 1^{er}. La présente annexe règle les rapports de la CNS avec le médecin référent (ci-après MR) désigné en vertu de l'article 19bis du CSS par la personne protégée répondant aux conditions déterminées à l'alinéa 2 du présent article. Les honoraires du MR pris en charge par l'assurance maladie couvrent la coordination des soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée et du suivi régulier du contenu du DSP de la personne protégée adhérant au dispositif MR au sens de l'article 19bis, alinéa 1, points 3) et 5) du CSS, ainsi que les missions prévues aux points 1, 4 et 6 de l'article 19bis, alinéa 1 du CSS.

Ne peut être admis au bénéfice du dispositif MR au sens de la présente annexe que la personne protégée qui remplit cumulativement les conditions suivantes:

- être atteinte d'au moins une pathologie chronique grave définie comme une affection de longue durée (ci-après ALD) suivant la définition et les critères d'évaluation spécifiés dans l'annexe technique 1 et dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ainsi qu'un besoin de coordination substantiel du fait de l'intervention de multiples prestataires de soins de santé;
- disposer d'un DSP dûment activé.

Le médecin auquel s'adresse la personne protégée ne peut accepter la mission prévue à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale que s'il répond aux conditions suivantes:

- offrir des soins primaires avec une approche holistique dans un milieu extrahospitalier; et
- relever d'une des disciplines médicales suivantes: médecine générale ou pédiatrie.

Déclaration médecin référent

Art. 2. La relation entre le MR et la personne protégée est conclue par l'établissement d'une déclaration MR.

Celle-ci est constatée par écrit et renseigne:

- nom, prénom, code médecin et cachet du MR;
- nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée;
- date et signature du MR et de la personne protégée.

Le cas échéant, la déclaration MR peut être signée par un représentant légal de la personne protégée ou par une personne dûment habilitée en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le MR d'accéder au contenu de son DSP et déclare accepter que la CNS verse, dès la prise d'effet de la relation MR, au DSP un résumé des prestations tel que spécifié à l'article 3 de la présente annexe.

Par la signature de la déclaration MR, le MR s'engage à utiliser dans ses relations avec la CNS et la personne protégée et se rapportant au dispositif MR exclusivement les formulaires spécifiés dans les annexes techniques jointes.

Le modèle-type de la déclaration MR et reprenant la déclaration de la ou des ALD figure à l'annexe technique 2 et peut être téléchargé à partir du site de la CNS. L'ALD la plus significative est à renseigner en premier lieu.

Pour être opposable à l'assurance maladie-maternité, la déclaration MR doit parvenir à la CNS au plus tard avant la fin du 3^e mois qui suit la date de la signature de la déclaration. Le MR remet une copie de la déclaration MR à la personne protégée.

Numéro de déclaration médecin référent

Art. 3. Dès réception de la déclaration MR, la CNS procède au contrôle du dossier. Après validation, la CNS génère un numéro de déclaration MR unique qu'elle communique au MR et à la personne protégée. La déclaration MR prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit sa validation par la CNS.

L'existence de la relation MR est communiquée par la CNS à l'Agence eSanté.

A partir de la prise d'effet de la relation MR, la CNS verse semestriellement au DSP de la personne protégée un résumé des prestations prises en charge par les assurances maladie-maternité, accident et dépendance des trois dernières années.

Résumé patient

Art. 4. Dans les trois mois qui suivent la date de la prise d'effet de la relation MR, le MR intègre dans le DSP un résumé patient (ci-après RP) tel que spécifié à l'annexe technique 3. A la demande de la personne protégée, le MR lui explique le contenu du RP et lui remet, sans mise en compte de frais supplémentaires, une copie de celui-ci.

Le MR a l'obligation de mettre à jour le RP dans le DSP lors de chaque contact avec la personne protégée. Le MR inscrit à ce moment dans le RP tout nouvel élément clinique ou thérapeutique pertinent en relation avec l'état de santé de la personne protégée et utile à la coordination des soins entre professionnels de santé.

Relevé biennal ALD

Art. 5. Le MR établit les années paires avant le 31 juillet un relevé tel que spécifié dans l'annexe technique 4 et indiquant par personne protégée:

- le numéro de déclaration MR;
- la ou les ALD reprise(s) en annexe technique 1 et dont la personne protégée est atteinte en date du 1^{er} juillet des années paires.

Le relevé est transmis via la plateforme Agence eSanté à la CNS.

L'utilisation des données déclarées à la CNS en relation avec les ALD se limite exclusivement à des fins de facturation et de contrôle pour les besoins de la CNS ainsi qu'à l'élaboration de statistiques telles que prévues à l'article 8, alinéa 2 de la présente.

Prise en charge du forfait médecin référent

Art. 6. La mise en compte du forfait MR est soumise aux conditions suivantes:

- le RP est mis à jour conformément à l'article 4 de la présente annexe et au minimum une fois au cours des 6 mois précédant la date de la mise en compte;
- après la déclaration initiale d'une ou plusieurs ALD de la personne protégée, le relevé biennal ALD est communiqué à la CNS conformément à l'article 5. Par dérogation, la mise en compte du forfait se rapportant à une relation MR avec prise d'effet entre le 1^{er} août et le 30 juin de l'année paire suivante est exclusivement conditionnée par l'attribution d'un numéro de déclaration MR.

Les honoraires spécifiques dans le cadre du dispositif MR tels que prévus par la nomenclature des actes et services des médecins sont pris en charge en application du système de prise en charge directe.

Lorsqu'il est mis fin à la relation MR tel que spécifié à l'article 7 ci-après, la mise en compte du forfait MR pour la période entamée est honorée à la fin de celle-ci si les conditions reprises au premier alinéa du présent article sont remplies à la date de la fin de la relation MR.

Révocation et fin de la relation médecin référent

Art. 7. Pendant les douze premiers mois, la relation MR peut à tout moment être révoquée d'un commun accord entre la personne protégée et le MR, moyennant un préavis de deux mois. Cette révocation est notifiée à la CNS par le MR.

A partir de la deuxième année, il peut être mis fin à la relation MR, à tout moment, et de façon unilatérale par l'une des parties, moyennant un préavis de deux mois. La partie à l'origine de la révocation en informe par écrit l'autre partie et met en copie la CNS.

Les modèles-types de révocation prévus aux annexes techniques 5 à 7 peuvent être téléchargés à partir du site de la CNS.

En cas de décès d'une des parties concernées, la CNS informe dans les meilleurs délais l'autre partie de la cessation de plein droit de la relation MR.

Lorsque la personne protégée refuse l'accès de son DSP au MR ou procède à la fermeture de son DSP, la relation avec le MR au sens de la présente annexe est résiliée après un mois après notification par l'Agence eSanté à la personne protégée, au MR et à la CNS.

Commission d'accompagnement et de suivi

Art. 8. Le déploiement et le fonctionnement du dispositif MR sont accompagnés par une commission d'accompagnement et de suivi composée de quatre membres désignés par l'AMMD et de quatre membres désignés par la CNS. Parmi les membres désignés par la CNS peuvent notamment figurer un ou plusieurs représentants relevant du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Direction de la santé. La commission peut s'adjoindre des experts.

La CNS met à disposition de la commission sous forme anonymisée à des fins statistiques et épidémiologiques les données en relation avec le dispositif MR.

La commission se donne les moyens:

- de suivre statistiquement l'évolution du dispositif MR;
- d'évaluer l'impact financier du dispositif MR;
- d'élaborer des recommandations pour améliorer et optimiser le dispositif MR;
- de contribuer au développement du DSP en collaboration avec l'Agence eSanté.

La commission se réunit au moins deux fois par an. Elle dresse pour le 31 mars des années impaires un rapport de ses activités et de ses propositions en relation avec le dispositif MR.

Les modalités de fonctionnement et la présidence sont arrêtées par la commission.

Les ressources nécessaires pour le fonctionnement de la commission sont mises à disposition par la CNS.

Dispositions transitoires

Art. 9. 1) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR01 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015 suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée.

2) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 1^{er} ci-avant, les relations MR correspondantes restent valides et sont poursuivies suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à partir de l'entrée en vigueur de la présente annexe.

3) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 1^{er} ci-avant sans toutefois que l'ALD ait été déclarée au 30 juin 2015, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015 ainsi que, le cas échéant, une autre période de 6 mois complète, suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée. Les relations MR sont poursuivies suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à partir de l'entrée en vigueur de la présente annexe, à condition que la ou les ALD soient déclarées par le MR à la CNS au plus tard jusqu'au 31 juillet 2016, soit en utilisant le formulaire repris à l'annexe technique 8, soit en l'intégrant au relevé biennal ALD.

4) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, mais ne répondant pas aux conditions définies à l'article 1^{er} ci-avant, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015, suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée.

5) Dès l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal prévu par l'article 60^{quater}, alinéa (6) du Code de la sécurité sociale, les notifications et transmissions de documents prévues aux articles 3 à 5 et 7 seront effectuées par voie électronique par le biais de la plateforme et/ou du DSP mis à disposition respectivement gérés par l'Agence eSanté.

En parallèle, les parties s'engagent:

- à promouvoir et à soutenir les démarches d'informatisation correspondantes au niveau des cabinets médicaux;
- à intervenir auprès des éditeurs de logiciels de gestion de cabinets médicaux afin d'accélérer les développements informatiques nécessaires à la connexion au DSP et à la plateforme gérée par l'Agence eSanté;
- à rendre prioritaire au niveau des travaux de l'Agence eSanté le développement et l'accompagnement requis afin que les MR puissent au mieux répondre au passage exclusif à la voie électronique.

Les parties s'engagent également à étudier ensemble la promotion d'un échange électronique élargi entre le corps médical et la CNS, ainsi que la standardisation des outils de prescription et de facturation par voie informatique. Ils procéderont au plus tard pour le 1^{er} octobre 2016 à une évaluation de la mise en œuvre du passage à la voie électronique dans le cadre du dispositif MR.

Jusqu'à l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal précité, les notifications et transmissions correspondantes peuvent être effectuées par tous moyens de communication usuels.

S'appliquent encore les dispositions suivantes:

a) Résumé des prestations

- à partir de la date de prise d'effet de la relation MR, l'Agence eSanté donne accès au DSP à la personne protégée et au MR après notification de la CNS de la prise d'effet de la relation MR;
- jusqu'au 30 juin 2016, la CNS transmet à chaque personne protégée bénéficiant d'une nouvelle déclaration MR au sens des articles 1^{er} et 2 de la présente annexe ou visée par les dispositions transitoires 2) à 4) ci-avant, le résumé des prestations sous forme papier portant sur les prestations à partir du 1^{er} janvier 2013. Le MR sollicite le résumé des prestations auprès de la personne protégée aux fins de l'établissement du RP;
- à partir du 30 juin 2016, la CNS communique annuellement le résumé des prestations à l'Agence eSanté pour intégration dans le DSP. L'accès au résumé des prestations est réservé à la personne protégée et au MR. Le contenu du résumé des prestations porte sur les actes et services pris en charge par l'assurance maladie postérieurs au 30 juin 2015.

b) Résumé patient

- jusqu'au passage au transfert par voie électronique par le MR, la personne protégée atteste la mise à jour du RP prévue à l'article 4 de la présente annexe. Cette mise à jour moyennant le formulaire spécifique repris à l'annexe technique 9 conditionne le paiement du forfait MR;
- jusqu'au passage au transfert par voie électronique par le MR, le délai prévu au 1^{er} alinéa de l'article 4 est fixé à six mois;
- à partir du 1^{er} juillet 2016, les médecins participant au dispositif MR doivent avoir procédé à leur enrôlement au niveau de la plateforme gérée par l'Agence eSanté;
- la copie du RP établi après la date du 1^{er} janvier 2017 est à intégrer par le MR dans le DSP.

6) La révision du RP, telle que réalisée dans le cadre des missions relevant de la Commission d'accompagnement et de suivi, portant sur l'ensemble des éléments essentiels dudit résumé doit intervenir jusqu'au 1^{er} juillet 2016 et donner lieu à un amendement de la présente annexe.

Disposition particulière

Art. 10. Les missions de prévention et de promotion de la santé du MR telles que prévues à l'article 19bis, alinéa 1, point 2) du Code de la sécurité sociale sont définies, le cas échéant, dans le cadre de conventions à conclure en application de l'article 17, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale entre la CNS et les ministres ayant la Santé et la Sécurité sociale dans leurs attributions.

Dans ce cadre, il peut être dérogé aux dispositions contractuelles et administratives prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent amendement.

Annexes techniques

Art. 11. La présente annexe V comporte les annexes techniques suivantes:

- Annexe technique 1: Liste affections de longue durée
- Annexe technique 2: Déclaration médecin référent
- Annexe technique 3: Résumé patient adulte et résumé patient pédiatrique
- Annexe technique 4: Relevé biennal ALD
- Annexe technique 5: Révocation déclaration médecin référent d'un commun accord
- Annexe technique 6: Révocation déclaration médecin référent par le médecin référent
- Annexe technique 7: Révocation déclaration médecin référent par la personne protégée
- Annexe technique 8: Déclaration spécifique en relation avec la facturation du MR02 dans le cadre du dispositif médecin référent
- Annexe technique 9: Attestation de mise à jour du résumé patient par la personne protégée

Entrée en vigueur

Art. 12. Le présent amendement entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial. En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent amendement. Fait à Luxembourg, le 15 juillet 2015, en deux exemplaires.

*Pour l'Association des médecins
et médecins-dentistes,*

Pour la Caisse nationale de santé,

Le Président
Dr. Alain Schmit

Le Secrétaire général
Dr. Claude Schummer

Le Président
Paul Schmit

Annexe technique 1 – Liste affections de longue durée

En application de l'article 19bis, alinéa 1^{er}, point 5) du Code de la sécurité sociale, seules les affections de longue durée suivantes peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR02:

1. Accident vasculaire cérébral invalidant
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4. Bilharziose compliquée
5. Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7. Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12. Hypertension artérielle sévère
13. Maladie coronaire
14. Insuffisance respiratoire chronique grave
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences
16. Maladie de Parkinson
17. Maladies métaboliques héréditaires
18. Mucoviscidose
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
20. Paraplégie
21. PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
22. Polyarthrite rhumatoïde
23. Affections psychiatriques de longue durée
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25. Sclérose en plaques
26. Scoliose structurale évolutive
27. Spondylarthrite ankylosante grave
28. Suites de transplantation d'organe
29. Tuberculose active
30. Tumeur maligne
31. Affections dites «hors liste»
32. Polypathologies

Sont applicables les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée tels que définis par la «Haute Autorité de Santé» et introduits dans le cadre du dispositif médecin référent, servant de base à l'évaluation et au diagnostic par le médecin référent.

Pour l'ALD 31, ne sont considérées que les maladies graves de forme évolutive ou invalidante comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Pour l'ALD 32, ne sont considérées que les affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Annexe technique 2 – Déclaration médecin référent**DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT**

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)**Identification de la personne protégée**

Personne protégée	
Nom _____ <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</small>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	
Adresse de correspondance (Rue) _____ (N°) _____	┌ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┐
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	
Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée (pièces justificatives à joindre) (*)	
Nom _____ <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</small>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	
Adresse de correspondance (Rue) _____ (N°) _____	┌ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┐
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	

Liste de toute affection de longue durée, dont la personne protégée est atteinte

N° ALD	┌ T ┐	┌ T ┐	┌ T ┐	┌ T ┐	┌ T ┐
	┌ _ ┐	┌ _ ┐	┌ _ ┐	┌ _ ┐	┌ _ ┐

Identification du médecin référent

Nom _____	Code médecin: ┌ T T T T T T T T ┐
Prénom _____	┌ _ _ _ _ _ _ _ ┐

Accès au dossier de soins partagé (DSP)

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder le contenu de son DSP.

Personne protégée (ou représentant légal)	Médecin référent
Date et signature	Date, signature et cachet

La déclaration dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel



Annexe technique 3 – Résumé patient adulte et résumé patient pédiatrique

Médicin référent		der Referenzarzt			
E + fir meng Gesundheit					
RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)					
IDENTIFICATION DÉCLARATION					
N° de déclaration :		Date d'établissement :	(dd/mm/aaaa)		
Type de déclaration :	<input type="checkbox"/> Médecin référent	<input type="checkbox"/> Médecin référent remplaçant			
Version du résumé patient :	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Modification			
Dépositaire du résumé patient :	<input type="checkbox"/> Médecin référent	<input type="checkbox"/> Médecin référent remplaçant			
	<input type="checkbox"/> Autre: à préciser :				
IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT					
Médecin Référent		Médecin Référent Remplaçant			
Code médecin individuel :		Code médecin individuel :			
Nom :		Nom :			
Prénom :		Prénom :			
Adresse :		Adresse :			
Tél :		Tél :			
IDENTIFICATION PATIENT					
Nom :		Prénom :			
Date de naissance :		Nom matrimonial :			
		Suffixe du matricule:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Autre numéro identifiant :		Type autre identifiant :			
REPRESENTANT LEGAL					
Nom :		Prénom :			
		Tél :			
IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT					
N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone	
1					
2					
3					
<i>(N.B. il faut mettre le code du type de contact dans la 2^{ème} colonne)</i>					
Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référencez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :

Rappel : Prochaine consultation prévention prévue :

CARNET VACCINAL

Vaccination de base				
VACCINATIONS	ETAT		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)	
d T aP IPV – Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
Ou				
D – Diphtérie	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
T – Tétanos	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
aP – Coqueluche	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
IPV – Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour

Patients à partir de 60 ans

PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
--	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Patients à partir de 65 ans

Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Vaccinations pour personnes adultes à risque

Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
----------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Autres vaccinations

Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
----------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
----------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour
----------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON		LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
	Oui	Non		
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Signature auteur du document:

RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)
IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : Date d'établissement : (dd/mm/aaaa)
 Type de déclaration : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Version du résumé patient : Original Modification
 Dépositaire du résumé patient : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent	Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel : <input type="text"/>	Code médecin individuel : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Suffixe du matricule : F M
 Autre numéro identifiant : Type autre identifiant :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom : Tél :

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES PRE- ET PERINATAUX

ACCOUCHEMENT PREMATURE: Oui Non TERME DE L'ACCOUCHEMENT:

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

HANDICAP

Bénéficiaire d'allocations sociales majorées pour un handicap Oui Non
Handicap reconnu : %

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :
Rappel : Prochaine consultation prévention prévue :

COURBE DE CROISSANCE

TAILLE	POIDS	PERIMETRE CRANIEN (jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)	BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)
	P	P	P

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS	SI PAS UNIS		MODE DE GARDE	
	Mère	Père		
Divorcés	Isolée	Isolé	Père	Nourrice
Séparés	Famille recomposée	Famille recomposée	Mère	Crèche
Unis			Mère et père	Maison relais/Foyer
Veuf/Veuve			Familiale	Cantine
Autre :				
Autre(s) élément(s) important(s):				

RESUME CARNET VACCINAL**LES VACCINATIONS DE LA PETITE ENFANCE (0-2 ANS)**

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de la petite enfance sont	à jour	pas à jour
ou		
D T aP IPV Hib HepB - Vaccin hexavalent	à jour	pas à jour
D T aP IPV Hib - Vaccin pentavalent	à jour	pas à jour
RV - Rotavirus	à jour	pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C	à jour	pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumococcique conjugué	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (5-6 ANS)

VACCIN	ETAT	
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
La prochaine vaccination est à partir de 12 ans.		

LA VACCINATION DES FILLES A PARTIR DE 12 ANS

VACCIN	ETAT	
HPV - Infections à Papillomavirus (3 injections)		
1ère injection	à jour	pas à jour
2ème injection	à jour	pas à jour
3ème injection	à jour	pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENCE (A PARTIR DE 15 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de l'adolescence sont :	à jour	pas à jour
ou		
d T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans		

LES VACCINATIONS POUR NOURRISSON ET ENFANT A RISQUE

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir mæng Gesondheet

VACCIN	ETAT		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>

AUTRES VACCINATIONS

VACCIN	ETAT		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON		LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
	Oui	Non		
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Signature auteur du document:

Annexe technique 4 – Relevé biennal ALD

Description du relevé biennal ALD établi par le médecin référent et transmis par celui-ci via la plateforme Agence eSanté à la Caisse nationale de santé (CNS).

I. Format technique des données transmises par fichier

Le relevé reprend les règles de format écrites ci-après dans les échanges électroniques avec la CNS:

- **A:** Variable alphanumérique
Exemple:
– Numéro ALD (5A/N): «ALD01»
- **N:** Variable numérique
Exemples:
– Code individuel du prestataire (8N): «90123456»
– Numéro de matricule (13N): «1912345678912»
– Numéro DMR (9N): «201512345»
- **AAAAMMJJ:** Date
Exemple:
– Date d’envoi prestataire (8AAAAMMJJ): «20160731»

II. Description du layout du fichier XML

La CNS tient à la disposition du médecin référent le fichier électronique correspondant à la description complète du layout du fichier de facturation (.xsd). Les zones ou données obligatoires sont décrites ci-dessous.

Les formatages et structures publiés sur le site de la CNS sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du layout est signalée au médecin référent qui dispose d’un délai de 3 mois pour s’y conformer.

Libellé des zones	Définition et Exemple
Entête du relevé biennal ALD	
Référence relevé biennal ALD	Référence attribuée par le prestataire
Cadre légal	Valeur: «MED»
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier: «001»
Type de fichier	Valeur: «ALD»
Organisme	Valeur: «18»
Prestataire fournisseur	Code du prestataire fournissant le relevé biennal ALD à la CNS
Période de référence	Année (2016) et mois (07)
Date d’envoi prestataire	Date à laquelle le relevé biennal ALD a été envoyé par le prestataire à la CNS
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre total d’ALD	Nombre total d’ALD contenues dans le relevé
Retour Organisme	
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre de déclarations exploitables	Nombre de déclarations exploitables
Nombre de déclarations non exploitables	Nombre de déclarations non exploitables
Nombre total d’ALD	Nombre total d’ALD contenues dans le relevé
Nombre d’ALD exploitables	Nombre d’ALD exploitables
Nombre d’ALD non exploitables	Nombre d’ALD non exploitables
Date d’entrée organisme	Date de réception par la CNS
Date envoi organisme	Date envoi retour par la CNS «RETALD»
Médecin référent	
Prestataire	Code individuel du médecin référent

Libellé des zones	Définition et Exemple
Déclaration(s) MR	
Déclaration individuelle	
Numéro DMR	Numéro DMR de la relation MR
Matricule	Matricule de la personne protégée
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau déclaration MR)	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)
ALD(s)	
ALD	
Numéro ALD	Numéro de l'affection de longue durée dont est atteinte la personne protégée (en relation avec la déclaration individuelle)
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau ALD(s))	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

Remarque:

- Pour la variable reprise en «grisé», le champ est rempli par la CNS lors du retour du fichier de facturation traité.

Annexe technique 5 – Révocation déclaration médecin référent d'un commun accord**RÉVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT
D'UN COMMUN ACCORD**

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)**Identification de la personne protégée**

Personne protégée	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	┌ L L L L L L L L L L L L L L L L ┐
Adresse de correspondance <i>(Rue) _____ (N°) _____</i> <i>(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____</i>	┌ L L L L L L L L L L L L L L L L ┐
Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée <i>(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)</i>	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	┌ L L L L L L L L L L L L L L L L ┐
Adresse de correspondance <i>(Rue) _____ (N°) _____</i> <i>(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____</i>	┌ L L L L L L L L L L L L L L L L ┐

Identification du médecin référent

Nom _____	Code médecin: ┌ T T T T T T T T T T ┐
Prénom _____	┌ L L L L L L L L L L ┐

Numéro de la déclaration D M R

Date ┌ T T T T T T T T T T ┐	Personne protégée (ou représentant légal) Signature _____	Médecin référent Signature et cachet
┌ L L L L L L L L L L ┐		

La révocation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



(*)optionnel

Annexe technique 6 – Révocation déclaration médecin référent par le médecin référent

**RÉVOCACTION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT
PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT**

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification du médecin référent

Nom _____	Code médecin:	┌	T	T	T	T	T	T	T	┐
Prénom _____		L	└	└	└	└	└	└	└	J

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification:	┌	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	┐
Prénom(s) _____		L	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	J
Adresse de correspondance															
(Rue) _____ (N°) _____															
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____															

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée
(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) ()*

Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification:	┌	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	┐
Prénom(s) _____		L	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	J
Adresse de correspondance															
(Rue) _____ (N°) _____															
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____															

┌ T T T T T T T T T T ┐

Numéro de la déclaration D M R

L └ └ └ └ └ └ └ └ └ └ ┐

Date	Médecin référent
┌ T T T T T T T T ┐	Signature et cachet
L └ └ └ └ └ └ └ └ └ └ ┐	

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



(*)optionnel

Annexe technique 7 – Révocation déclaration médecin référent par la personne protégée**RÉVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT
PAR LA PERSONNE PROTÉGÉE**

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)**Identification de la personne protégée**

Personne protégée	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	└ L L L L L L L L L L L L L L ┘
Adresse de correspondance <i>(Rue) _____ (N°) _____</i> <i>(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____</i>	┌ L L L L L L L L L L L L L L ┐ └ L L L L L L L L L L L L L L ┘
Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée <i>(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)</i>	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	└ L L L L L L L L L L L L L L ┘
Adresse de correspondance <i>(Rue) _____ (N°) _____</i> <i>(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____</i>	┌ L L L L L L L L L L L L L L ┐ └ L L L L L L L L L L L L L L ┘

┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐

Numéro de la déclaration D M R

└ L L L L L L L L L L L L L L ┘

Date	Personne protégée (ou représentant légal)
┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐ └ L L L L L L L L L L L L L L ┘	Signature

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel



Annexe technique 8 – Déclaration spécifique en relation avec la facturation du MR02 dans le cadre du dispositif médecin référent

**DÉCLARATION SPÉCIFIQUE EN RELATION AVEC LA FACTURATION DU MR02
DANS LE CADRE DU DISPOSITIF MÉDECIN RÉFÉRENT**
(Art. 9, point 3 de l'amendement de la convention - dispositif médecin référent)

Identification de la personne protégée

Nom _____ <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</small> Prénom(s) _____	Numéro d'identification: [T T T T T T T T T T T T T T] [L L L L L L L L L L L L L L]
---	--

Identification de la déclaration

Numéro de la déclaration	[T T T T T T T T T T] <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">D M R</p> [L L L L L L L L L L]
--------------------------	--

Identification du médecin référent

Nom _____ Prénom _____	Code médecin: [T T T T T T T T] [L L L L L L L L]
---------------------------	---

Liste de toute affection de longue durée, dont la personne protégée est atteinte

N° ALD	[T]	[T]	[T]	[T]	[T]	[T]	[T]
	[L]	[L]	[L]	[L]	[L]	[L]	[L]

[T T T T T T T T] Date [L L L L L L L L]	Signature et cachet médecin référent
---	--------------------------------------

Le présent formulaire à destination du Contrôle médical de la sécurité sociale est à envoyer dûment rempli et signé.



Annexe technique 9 – Attestation de mise à jour du résumé patient par la personne protégée

**ATTESTATION DE MISE À JOUR DU RÉSUMÉ PATIENT
PAR LA PERSONNE PROTÉGÉE**

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ☐ T T T T T T T T T T T T T ☐
Prénom(s) _____	L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥
Adresse de correspondance (Rue) _____ (N°) _____ (Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥
Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée	
<i>(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)</i>	
Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ☐ T T T T T T T T T T T T T ☐
Prénom(s) _____	L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥
Adresse de correspondance (Rue) _____ (N°) _____ (Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥

Identification du médecin référent

Nom _____	Code médecin: ☐ T T T T T T T T T ☐
Prénom _____	L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥

Numéro de la déclaration D M R

L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥

Par sa signature, la personne protégée atteste la mise à jour ainsi que la remise de son résumé patient par son médecin référent.

Date	Personne protégée (ou représentant légal)
☐ T T T T T T T T T ☐ L ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥	Signature

L'attestation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



(*)optionnel