



Caisse nationale de santé - Statuts.

Les modifications des statuts de la Caisse nationale de santé, décidées par le comité directeur en date du 14 juin 2017 et publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg N°598 du 28 juin 2017 sont complétées par une annexe L .

Annexe

Suit le fichier annexé:



Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Adresse	<input type="text"/>			
Caisse de maladie compétente	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>			

S'agit-il des suites d'un accident du travail oui non Numéro d'accident U /

* 1) Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger

.....

* 2) Diagnostic précis moyennant codification ICD10/CIM10

3) Indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée

.....

4) Motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement. (Rapport médical en annexe)

.....

*Tous les champs marqués d'un « * » sont à remplir obligatoirement.

* Nom et prénom Matricule

* 5) Nature du traitement	Date prévue du début	* Durée probable			
<input type="checkbox"/> consultation			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement ambulatoire			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement stationnaire			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure thermale			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure de convalescence			<input type="checkbox"/> jour(s)	<input type="checkbox"/> semaines	<input type="checkbox"/> mois

6) **Moyen de transport** (si le déplacement par un moyen de transport public est contre-indiqué du point de vue médical)

transports en série (veuillez s.v.p. remplir le formulaire spécial)

en ambulance pour l'aller (position allongée ou immobilisée)

à justifier _____

par air pour l'aller

* Date	* Cachet du médecin	* Signature du médecin

À envoyer à : CNS – Service «Transfert à l'étranger» – L-2980 Luxembourg

<p>Avis administratif de la CNS</p> <p>Conditions de prise en charge administratives remplies</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Prestataire conventionné <input type="radio"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Date</p> <p>Signature</p>	
<p>Avis médical du CMSS</p> <p><input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>Motivation</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Avis médical du CMSS pour le moyen de transport</p> <p><input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>Motivation</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Date	Cachet	Signature

CNS | Service «Transfert à l'étranger» | Tél.: (+352) 2757-4300 | Fax: (+352) 2757-4309 | L-2980 Luxembourg | www.cns.lu | cns@secu.lu



L'État «**» est obligatoirement.