



\* 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

<b>* Date</b>	<b>* Cachet du médecin</b>	<b>* Signature du médecin</b>

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

<p><b>Avis administratif de la CNS</b></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="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Date</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Signature</b></td> </tr> </table>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>	
<b>Date</b>	<b>Signature</b>			
<p><b>Avis médical du CMSS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Accord      <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>Motivation</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
<p><b>Avis médical du CMSS pour le moyen de transport</b></p> <p><input type="checkbox"/> Accord      <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>Motivation</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
<table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Date</b></td> <td style="width: 33%;"><b>Cachet</b></td> <td style="width: 33%;"><b>Signature</b></td> </tr> </table>		<b>Date</b>	<b>Cachet</b>	<b>Signature</b>
<b>Date</b>	<b>Cachet</b>	<b>Signature</b>		

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

Réservé à l'administration