

## 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 détaillée justifiant le traitement à l'étranger ( Rapport médical en annexe)

.....

.....

5) Motivation pourquoi le traitement au Luxembourg serait impossible ou inadéquat en termes de qualité et/ou de délai acceptable d'accès aux soins, le cas échéant

.....

.....

.....

.....

.....

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

\* Nom et prénom ..... Matricule .....

* 6) 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

**7) 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

**Avis administratif de la CNS**

Conditions de prise en charge administratives remplies

Oui       Non

Prestataire conventionné    Oui    Non

Date

Signature

**Avis médical du CMSS**

Accord       Refus

Motivation



**Avis médical du CMSS pour le moyen de transport**

Accord       Refus

Motivation



Date

Cachet

Signature

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

Réservé à l'administration