

RÉVOCATION 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 prestataire:
Prénom	

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification:
Prénom(s)	
Adresse de correspondance(*)	
<i>(Rue)</i>	<i>(N°)</i>
<i>(Pays)</i> <i>(CP)</i>	<i>(Localité)</i>

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:
Prénom(s)	
Adresse de correspondance(*)	
<i>(Rue)</i>	<i>(N°)</i>
<i>(Pays)</i> <i>(CP)</i>	<i>(Localité)</i>

Numéro de la déclaration **D M R**

Date	Médecin référent
	Signature et estampille

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*