

# 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

Numéro d'identification:

*(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)*

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 si divergente de la déclaration initiale) (\*)*

Nom

Numéro d'identification:

*(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)*

Prénom(s)

Adresse de correspondance(\*)

*(Rue)*

*(N°)*

*(Pays)*

*(CP)*

*(Localité)*

Numéro de la déclaration **D M R**

Date	Personne protégée (ou représentant légal)
	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



\* D M R R U P 0 0 3 \*

(\*) optionnel