

**DEMANDE ACCES - ECHANGES ELECTRONIQUES DE DONNEES**

(Article 60 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale)

**Identification du prestataire de soins demandeur**

 Nom et prénom  
ou raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (N°) \_\_\_\_\_ (Rue) \_\_\_\_\_

(Pays) \_\_\_\_\_ (CP) \_\_\_\_\_ (Localité) \_\_\_\_\_

Code prestataire CNS

[ T T T T T T T T ]

[ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]

conventionné ou agréé en vertu de la

**Paramètres techniques**
 **Activation**       **Désactivation**       **Autre** \_\_\_\_\_

La connexion au réseau Healthnet est un préalable à l'activation de l'accès CNS. A défaut, veuillez en faire la demande par healthnet.lu.

**Si vous utilisez un accès existant, veuillez indiquer:**

Code prestataire de l'accès initial

[ T T T T T T T T ]

[ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]

Nom et prénom \_\_\_\_\_

**Pour recevoir un accusé de réception à vos transferts,  
veuillez indiquer votre adresse e-mail:** \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), m'engage à une utilisation strictement personnelle de l'accès et à ne pas délivrer les mots de passe et code d'accès à une tierce personne. Je m'engage en outre à utiliser les données qui me sont communiquées dans le cadre du présent échange, que dans le cadre de l'exécution de ma mission envers la CNS. Dans le cas d'un passage par le réseau de communication healthnet, je marque mon accord pour que la présente soit communiquée à l'Agence.

Date	Signature et cachet du prestataire demandeur
[ T T T T T T T T ] [ _ _ _ _ _ _ _ _ ]	

 La demande dûment remplie et signée  
est à retourner à la CNS

- par courrier: CNS - Helpdesk - L-2977 LUXEMBOURG
- par e-mail: helpdesk.cns@secu.lu


**volet réservé à l'administration**

Date entrée CNS

Date accord et signature