

**Départ et/ou adhérence à un groupement de diététiciens à facturation commune
(non regroupés en association libérale)**

Veuillez envoyer l'original dûment rempli, daté et signé par voie postale à l'adresse **Département Prestations en nature maladie-maternité, Gestion prestataires, B.P.1023, L-1010 Luxembourg** ou par voie numérique à l'adresse **gefo.cns@secu.lu**

Déclaration de départ

Par la présente, les prestataires exécutant et facturier suivants déclarent terminer leur relation de facturation commune à la date indiquée. A partir de cette date, le prestataire facturier ne peut plus facturer des prestations opposables à l'assurance maladie-maternité délivrées par le prestataire exécutant.

Date du départ :

(dernier jour d'activité) _____

Nom du prestataire exécutant : _____

Code du prestataire exécutant : _____

Signature du prestataire exécutant : _____

Nom du prestataire facturier¹: _____

Code du prestataire du facturier : _____

Signature du facturier

(ou de son représentant en cas d'association ou d'organisme d'aides et/ou de soins) _____

Déclaration d'adhérence

Par la présente, le prestataire exécutant suivant déclare adhérer à un groupement de facturation commune à la date indiquée. A partir de cette date, le prestataire facturier aura le droit de facturer les prestations délivrées par le prestataire exécutant au sein de son cabinet :

Date de l'adhérence :

(premier jour d'activité) _____

Nom du prestataire exécutant : _____

Code du prestataire exécutant : _____

Signature du prestataire exécutant : _____

Nom du prestataire facturier¹: _____

Code du prestataire du facturier: _____

Signature du facturier :

(ou de son représentant en cas d'association ou d'organisme d'aides et/ou de soins) _____

Les signataires ont pris note des obligations et limitations suivantes :

- Un changement de cabinet peut être déclaré en remplissant les parties « Déclaration de départ » et « Déclaration d'adhérence » sur un seul exemplaire du présent formulaire.
- Uniquement les prestataires exécutants dont la relation avec le facturier a été déclarée préalablement à la CNS seront admis dans le cadre de la facturation par le système à tiers payant.

Lieu et date : _____

¹ Le facturier peut être un diététicien libéral, une association libérale de diététiciens, un établissement d'aides et de soins visé à l'article 390 ou 391 du Code de la sécurité sociale ou un réseau d'aides et de soins ou centre semi-stationnaire visés à l'article 389 du Code de la sécurité sociale