

Nom du médecin :		Code prestataire prescripteur :	Page 1/2
Adresse :		<réservé CNS>	
E-Mail/Fax:		Nom et adresse du patient :	
Matricule : Patient : N° Accident : Date Accident :			

Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Date d'établissement :		N° d'ordonnance :
------------------------	--	-------------------

1) Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger :

2) Diagnostic précis moyennant codification ICD10 / CIM10 : (ou plus récente)

3) Équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée :

4) Motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement (☐ Rapport médical en annexe) :

5) Nature du traitement	Date prévue du début (si connue)	Durée probable :	Intervalle
☐ Consultation			
☐ Examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)			
☐ Traitement ambulatoire			
☐ Traitement stationnaire			
☐ Cure thermique			

6) Moyen de transport si le déplacement par un moyen de transport public est contre-indiqué du point de vue médical : En cas de demande pour un transport en série ou pour un transport simple et non-urgent en ambulance, veuillez s.v.p. joindre une ordonnance médicale au présent formulaire conformément aux dispositions prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1ère partie des statuts de la Caisse nationale de santé (Ordonnance médicale demandant un mode de transport autre que le transport public)

