CNS
d'Gesondheetskeess

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

Matricule du patient	__ __ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ __ __
Nom et prénom	
Adresse	
Caisse de maladie compétente	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	__ __ __ __ __ __ __ __

S'agit-il des suites d'un accident du travail ☐ oui ☐ non Numéro d'accident U __ __ __ __ / __ __ __ __ __

* 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) Indication des 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)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

* Tous les champs marqués d'un « * » sont à remplir obligatoirement.

CNS | Service « Transfert à l'étranger » | Tél. : (+352) 2757-4300 | Fax : (+352) 2757-4309 | L-2980 Luxembourg | www.cns.lu | tae.cns@secu.lu

* Nom et prénom . . . . . Matricule . . . . . .

* 5) **Nature du traitement** **Date prévue du début** (si connue) * **Durée probable**

☐ consultation	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois
☐ examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois
☐ traitement ambulatoire	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois
☐ traitement stationnaire	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois
☐ cure thermale	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois
☐ cure de convalescence	. . . . .	. . . . .	☐ jour(s)	☐ semaines	☐ mois

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, un transport en ambulance ou un transport en hélicoptère, 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.

Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie.

* Tous les champs marqués d'un « * » sont à remplir obligatoirement.

À envoyer à : CNS – Service « Transfert à l'étranger » – L-2980 Luxembourg

* **Date**	* **Cachet du médecin**	* **Signature du médecin**

Avis administratif de la CNS

Conditions de prise en charge administratives remplies

☐ Oui ☐ Non

Prestataire conventionné ☐ Oui ☐ Non

Date	**Signature**

Avis médical du CMSS

☐ Accord ☐ Refus

Motivation

Réservé à l'administration