

**Demande de prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport en série**

**DOCUMENT  
SOUS SECRET MEDICAL**

N° Matricule: .....

Si le traitement est en relation avec un accident de travail:  
N°/ou date accident: .....

Nom patient: .....

**Instruction pour l'utilisateur:** La présente demande doit servir à l'établissement du droit de prise en charge des frais de transport en ambulance/taxi pour des personnes bénéficiant d'un traitement médical répété et programmé d'avance, notamment pour des traitements de radiothérapie, chimiothérapie, hémodialyse, rééducation et réadaptation fonctionnelles, etc. Elle doit être établie par le médecin responsable du centre \*) assurant le traitement médical en série et doit être transmise préalablement au commencement du traitement au médecin directeur du contrôle médical de la sécurité sociale à l'adresse suivante: B.P. 1342, L-1013 LUXEMBOURG.

*\*) A noter que pour les traitements en dehors du Grand-Duché de Luxembourg le présent certificat peut être rempli par le médecin établi au Luxembourg ayant ordonné le transfert à l'étranger.*

<p><b>Nom du centre dans lequel le patient recevra le traitement:</b> .....</p> <p><b>Adresse du centre, si celui-ci se trouve en dehors du Grand-Duché de Luxembourg:</b> ..... ..... .....</p>	<p><b>Nom du médecin responsable du traitement du patient au centre:</b> Dr.....</p> <p><b>Code médecin:</b>.....</p> <p><b>Coordonnées de contact du médecin:</b> Téléphone..... Fax.....</p>
--	--

**Diagnostic:**  
.....

**Nature du traitement envisagé:**  
.....

<p><b>Durée prévisible du traitement ):</b> (en mois ) .....</p>	<p>Traitement</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AMBULATOIRE</b>    <input type="checkbox"/> <b>STATIONNAIRE</b> <input type="checkbox"/></p>
--	---

**Début du traitement :**  
**Données concernant le transport du patient:**

Moyen de transport pour L'ALLER	<input type="checkbox"/>	TAXI	<input type="checkbox"/>	AMBULANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRE	
(voiture privée ou transport en commun)								
Moyen de transport pour LE RETOUR	<input type="checkbox"/>	TAXI	<input type="checkbox"/>	AMBULANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRE	
(voiture privée ou transport en commun)								

**Note à l'attention du prescripteur:**  
Le transport en **ambulance** est pris en charge uniquement si une position allongée ou immobilisée est médicalement indispensable. Le transport en **taxi** est pris en charge uniquement en remplacement de l'ambulance dans les cas où le transport en commun est contre-indiqué du point de vue médical.

**Fréquence des transports / séances pour le traitement:** .....fois par..... (semaine/ mois)

**Justification médicale pour la prescription:**  
.....

.....  
Signature du médecin

.....  
date

**Décision du contrôle médical:**  
.....