

Consignes générales :



Le **formulaire** doit correspondre au **modèle-type** de la déclaration spécifique que vous trouverez sur notre site internet : www.cns.lu.

Le document « **Critères médicaux utilisés pour la définition des pathologies chroniques graves** » se trouve sur notre site internet : www.cns.lu.



Inscrivez les lettres en majuscule et de préférence en caractère d'imprimerie.

Evitez les ratures ou autres remarques inutiles au traitement administratif du formulaire.

Respectez les contraintes techniques.

Le repère haut du formulaire doit être visible en entier.

Inscrivez le nom et prénom de la personne protégée.

Inscrivez le nom et prénom du médecin référent.

Si la personne protégée est concernée par une ou plusieurs **pathologie(s) chronique(s) grave(s)**, indiquez le(s) **numéro(s) ALD** ainsi que le(s) **critère(s)** dans ce bloc.
(Ex. : 12 1201 1202)

L'indication de la **date de l'établissement** de la déclaration ALD est **obligatoire**. Elle doit appartenir à la période du forfait MR02 (bornes incluses).
(Ex. : 01052013)

Le **nom** du formulaire est ***DMRPG001***.

Médecin référent
der Referenzarzt
E + für wenig Gesundheit

**DÉCLARATION SPÉCIFIQUE EN RELATION AVEC LA FACTURATION DU MR02
DANS LE CADRE DU DISPOSITIF MÉDECIN RÉFÉRENT**
(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

Identification de la personne protégée
Nom **STOP** Matricule:
(surnom, s'il y a lieu, du nom marital)
Prénom(s)

Identification de la déclaration
Numéro de la déclaration **D M R**

Identification du médecin référent
Nom **STOP** Code médecin:
Prénom

**Liste de toute pathologie chronique grave et de tout critère médical associé selon le document
"critères médicaux utilisés pour la définition des pathologies chroniques graves"**

N° ALD	critère 1	critère 2	critère 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date

Signature et cachet médecin référent

Le présent formulaire à destination du Contrôle médical de la sécurité sociale est à envoyer dûment rempli et signé ensemble avec la facture.

Le numéro matricule est **obligatoire**.
Un chiffre par case.
(Ex. : 9450102567)

Le numéro de la déclaration DMR est **obligatoire**.
Un chiffre par case.
(Ex. : 201212345)

Le code médecin est **obligatoire**.
Il est inscrit en **continu sans tiret**.
Un chiffre par case.
(Ex. : 90123456)

La **signature** et le **cachet** du médecin référent sont **obligatoires**.

Le repère bas du formulaire doit être visible en entier.

Le **code-barres** doit être lisible.
C.-à-d. au **format** suivant :
Police C39HrP24DITt
Taille 22 et style normal

La **version** du formulaire est indiquée sur les trois dernières positions.
(Ex. : 001)

