

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

Matricule du patient

Nom et prénom

Si le traitement est en relation avec un accident de travail :

N° /ou date accident

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Nom de l'établissement dans lequel le patient recevra
le traitement:

Adresse de l'établissement, si celui-ci se trouve en
dehors du Grand-Duché de Luxembourg:

Nom du médecin en charge du traitement du patient:

Dr

Code prestataire :

Coordonnées de contact du médecin:

Téléphone :

Fax :

Diagnostic:

Nature du traitement envisagé:

Durée prévisible du traitement:

(en mois)

Traitement

☐ AMBULATOIRE

☐ STATIONNAIRE

Données concernant le transport du patient:

Moyen de transport pour L'ALLER

☐ TAXI

☐ AMBULANCE

☐ AUTRE

(voiture privée ou transport en commun)

Moyen de transport pour LE RETOUR

☐ TAXI

☐ AMBULANCE

☐ 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 demi-assise est médicalement indispensable.
Le transport en **taxi** est pris en charge uniquement dans les cas où le transport public en commun n'est pas approprié du point de vue médical.

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

Justification médicale pour la prescription:

.....
Signature et estampille

.....
Date

Instruction pour l'utilisateur: La présente demande doit servir à l'émission du titre de prise en charge des frais de transport en ambulance terrestre/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 en charge du traitement médical en série et doit être adressée préalablement au commencement du traitement à la Caisse nationale de santé à l'adresse suivante: L-2980 Luxembourg.