

! Le dossier de demande se compose de ce formulaire de demande **ET** du rapport médical (R20).
Le dossier sera complet et pourra être traité après réception des deux documents.

1. Renseignements concernant le demandeur

Le demandeur est la personne qui nécessite de l'aide. Les champs marqués par * doivent être complétés obligatoirement.

*Numéro de sécurité sociale

*Nom	
Nom marital	
*Prénom	
*Numéro et rue	
*Code postal et localité	
*Numéro(s) de téléphone	

Compte bancaire du demandeur : IBAN

Si banque à l'étranger : code BIC

2. Renseignements concernant la demande

Veillez cocher la ou les cases appropriées.

- Demande pour aides et soins** Détail à préciser par le médecin (R20)
- Demande pour aide technique⁽¹⁾ ou adaptation du logement** Détail à préciser par le médecin (R20)

(1) Tout appareil, équipement ou adaptation visant à corriger une déficience, à compenser une incapacité, à prévenir ou à réduire une situation de handicap, à faciliter les soins et à soulager les troubles de santé.

3. Renseignements concernant l'aidant

L'aidant est une personne de l'entourage du demandeur qui contribue à ses soins ou qui connaît bien sa situation. S'il y a lieu, les champs marqués par * doivent être complétés obligatoirement.

*Numéro de sécurité sociale

*Nom	
*Prénom	
Numéro et rue	
Code postal et localité	
*Numéro(s) de téléphone	

4. Le demandeur se trouve actuellement

Veillez cocher et compléter si applicable.

dans un Centre intégré pour personnes âgées ou dans une Maison de soins

dans un centre de rééducation

à l'hôpital

à une adresse différente de l'adresse légale

Adresse :

5. Demande pour le changement de partage des prestations (nature/espèces)

A remplir de préférence par le réseau d'aides et de soins.

- pour une période indéterminée
 rétroactif, à partir du _____
 pour la période déterminée du _____ au _____ (minimum 1 semaine)
 dans le cadre d'un partage ex-post (seulement réseaux d'aides et de soins du secteur handicap)

La demande doit être accompagnée du document « changement de partage » dûment complété et signé par le demandeur et le réseau d'aides et de soins. Le rapport médical (R20) n'est pas nécessaire.

6. Prière de répondre à cette rubrique si le demandeur est incapable ou placé sous un régime de protection Prière de bien vouloir joindre une copie du jugement.

Il s'agit d'une

- tutelle
 curatelle
 sauvegarde de justice

Renseignements concernant le tuteur ou curateur

Numéro de sécurité sociale

Nom

Prénom

Numéro(s) de téléphone

Compte bancaire ouvert au nom du demandeur

Compte bancaire : IBAN

Si banque à l'étranger : Code BIC

7. Autres renseignements

Réseau d'aides et de soins intervenant à votre domicile

- Oui, nom du réseau : _____
 Non

Cette demande est en relation directe avec

- un accident du travail ou de trajet déclaré
 une maladie professionnelle déclarée

Numéro accident/maladie professionnelle

(p.ex. U 2004/42356)

/
Lettre U ou L année n° à 5 positions

Fait à _____ Date _____

Signature du demandeur/ représentant légal

**La demande est à signer par le demandeur ou son représentant légal. **
Pour les tutelles et curatelles, veuillez compléter la partie 6 du formulaire
et joindre une copie du jugement au formulaire de demande.**

Ce formulaire et le rapport médical (R20) dûment complétés et signés sont à envoyer à:

**Caisse nationale de santé - Assurance Dépendance - B.P. 1023 L-1010 Luxembourg
ou
par fax : (+352) 27 57- 4619**

**En cas de demande en révision des prestations, la demande peut toutefois être signée par un membre de la famille ou par le prestataire d'aides et de soins.

Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance (R20)

Renseignements concernant le demandeur :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NOM

PRENOM

ICD10

➤ *Si vous êtes en mesure de fournir un code ICD10 pour chaque pathologie recensée, notez-le dans la case correspondante*

1.

PROBLEMES DE SANTE ACTUELS

➤ *Renseignez obligatoirement une des trois rubriques 1.1., 1.2., ou 1.3.*

1.1.

Si votre patient est au domicile ou en établissement d'aides et de soins au moment de la rédaction du R20,

ICD10

➤ *détaillez la pathologie principale ayant motivé la demande.*

1.2.

Si votre patient est hospitalisé au moment de la rédaction du R20,

ICD10

➤ *détaillez la pathologie ayant motivé l'hospitalisation et, le cas échéant, la nature et la date de l'intervention chirurgicale réalisée ou planifiée.*

1.3.

Si votre patient est en rééducation au moment de la rédaction du R20,

ICD10

➤ *détaillez la pathologie ayant motivé la rééducation et indiquez la durée prévisible de la rééducation.*

2.	ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX ➤ Renseignez la/les rubrique(s) qui convien(nen)t
2.1.	Si votre patient a été hospitalisé au cours des 3 derniers mois,
ICD10	➤ détaillez la/les pathologie(s) ayant motivé l'hospitalisation.
2.2.	Si votre patient présente un/des problème(s) cognitif(s),
ICD10	➤ détaillez cette/ces pathologie(s).
2.3.	Si votre patient présente un/des problème(s) moteur(s),
ICD10	➤ détaillez cette/ces pathologie(s).

2.4.	Autres pathologies :
ICD10	➤ <i>détaillez les autres antécédents médico-chirurgicaux.</i>

3.	LIMITATION DANS L'AUTONOMIE	
	➤ <i>Renseignez obligatoirement cette rubrique</i>	
3.1.	Détaillez dans quelle mesure les pathologies listées sous 1. et 2. limitent, actuellement et de façon régulière, l'autonomie du patient dans les <i>actes essentiels de la vie</i> :	
	➤ Hygiène (par exemple se laver, aller aux toilettes, faire ses soins d'incontinence)	
	➤ Nutrition (par exemple manger et boire une fois que le repas est servi)	
	➤ Mobilité (par exemple s'habiller, se déshabiller, marcher, se lever)	
3.2.	Détaillez dans quelle mesure les pathologies listées sous 1. et 2. limitent, actuellement et de façon régulière, l'autonomie du patient dans d'autres domaines :	
	➤ Autres (par exemple faire le ménage, faire les courses, structurer sa journée)	
3.3.	Précisez si, selon toute probabilité, cet état de dépendance	
	<input type="checkbox"/> dépasse 6 mois	<input type="checkbox"/> ne dépasse pas 6 mois
	<input type="checkbox"/> est irréversible	

4.

AIDES TECHNIQUES ET ADAPTATION DU LOGEMENT

- *Précisez uniquement les aides techniques et/ou les adaptations du logement médicalement indiquées à l'heure actuelle et réellement désirées par le patient.*
- *Ne notez pas les aides techniques ou adaptations du logement dont le patient dispose déjà, ni celles dont il pourrait éventuellement avoir besoin à l'avenir.*

➤ *Précisez les mensurations, si vous êtes en mesure de les fournir*

Taille :

Poids :

5.

TRAITEMENT AU LONG COURS

- *Renseignez obligatoirement cette rubrique*

Date obligatoire

Signature et cachet obligatoires du médecin

Veillez remplir le mémoire d'honoraire ci-dessous et remettre le tout sous pli fermé au bénéficiaire, ou l'envoyer à l'adresse suivante :

**Assurance Dépendance
125, route d'Esch
L-1471 LUXEMBOURG**

MEMOIRE D'HONORAIRES

➤ *La date, la signature et le cachet sont obligatoires.*

N°: _____

Code médecin : _____

➤ (si non indiqué sur le cachet)

Signature et cachet du médecin

Personne à évaluer

Nom :

Prénom :

Matricule :

H	DATE	CODE TARIF / LIBELLE / OBJET	NBR	MONTANT
A	Date de la rédaction du rapport	R20 Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance (non-cumulable avec consultation ou visite)	1	

Réservé à l'administration

VISA DE LA CELLULE D'EVALUATION ET D'ORIENTATION.

Date de réception du rapport :

Bon pour liquidation : OUI NON

Luxembourg, le

Cachet/Signature



EXPLICATIONS AUX DEMANDEURS DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

A quel moment faut-il introduire une demande de prestations ?

Vous pouvez introduire une demande à partir du moment, où vous présentez un **besoin important et régulier d'une tierce personne** (un professionnel ou un proche), pour effectuer les actes essentiels de la vie.

Ces **actes essentiels de la vie** concernent les aides et soins dans les domaines suivants :

- **l'hygiène corporelle** : se laver et assurer les soins corporels, se rendre aux toilettes
- la **nutrition** : manger et boire
- la **mobilité** : s'habiller, se déshabiller, se lever, se coucher, se déplacer dans son logement, entrer et sortir de son logement, monter et descendre les escaliers.

L'assistance d'une tierce personne peut être nécessaire dans un ou dans plusieurs domaines. Elle peut aussi prendre différentes formes selon votre état de santé :

- effectuer en tout ou en partie à votre place les actes essentiels de la vie
- surveiller ou soutenir en vue de vous permettre l'exécution autonome des actes essentiels de la vie

Il faut que, suivant toute probabilité, votre état de dépendance dépasse **six mois** ou soit **irréversible**. Si vous présentez un besoin d'aide pour une courte période ou uniquement pour effectuer les tâches domestiques, vous n'êtes pas dépendant au sens de la loi.

Comment introduire une demande de prestations auprès de l'assurance dépendance ?

La demande de prestations se compose de deux parties :
le formulaire de demande et le rapport médical (R20)

Dès le moment où les deux parties sont parvenues à la Caisse nationale de santé (CNS), votre demande de prestations sera complète.

- En cas de **première demande**, le formulaire de demande doit être signé par vous-même. Il peut aussi être signé par votre représentant légal ou par une personne qui a le droit de vous représenter à l'audience des justices de paix.
En cas de **demande en révision des prestations**, le formulaire de demande peut toutefois être signé par un membre de la famille ou par le prestataire d'aides et de soins.
- Votre médecin traitant fournit à l'assurance dépendance des informations sur votre état de santé. Ce **rapport médical (R20)** est gratuit pour vous : le médecin sera payé directement par l'assurance dépendance.

La demande de prestations doit être envoyée à :

Caisse nationale de santé – Assurance dépendance, B.P. 1023, L- 1010 Luxembourg.

Un accusé de réception vous confirme la réception de la demande.

Si vous êtes reconnu dépendant, les prestations de l'assurance dépendance sont dues à partir de la date de la réception de la demande complète.

Que faire en cas de besoin direct en aides et soins si je vis à domicile ?

Si vous avez un besoin urgent en aides et soins, vous avez la possibilité de contacter directement un prestataire de votre choix (un réseau d'aides et de soins à domicile ou un établissement).

Le prestataire peut estimer avec vous quels sont les aides et soins dont vous avez besoin et ce que l'assurance dépendance prendra en charge si vous êtes reconnu personne dépendante après l'évaluation de la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

Que faire si j'ai besoin d'autres renseignements ?

Une **permanence téléphonique** est à votre disposition :

- numéro de téléphone : 247-86060
- du lundi au vendredi de 9h à 11h et de 14h à 16h

Vous pouvez nous contacter aussi par

- e-mail : secretariat@igss.etat.lu
- numéro de fax : 247-86061
- courrier : Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO)
125, route d'Esch L-2974 Luxembourg.

Nous vous invitons également à consulter les nombreuses informations pratiques sur le site internet: www.mss.public.lu. (Rubrique « dépendance »). Du matériel d'information peut aussi vous être envoyé sur demande.

Que faire si j'ai un besoin direct en aides techniques ou en adaptation du logement ?

Pour tout renseignement en relation avec des aides techniques, une adaptation du logement ou une adaptation de voiture, veuillez contacter la **Helpline** de la CEO:

- numéro de téléphone : 247-86040
- lundi et vendredi : de 8h30 à 11h30 et de 14h00 à 17h00
- mercredi : de 14h00 à 17h00

IMPORTANT : Vous devez absolument éviter d'acheter sur votre propre initiative des aides techniques (p.ex. fauteuil roulant, lit d'hôpital, aides à la marche) ou commencer des travaux d'adaptation du logement. Il est indispensable d'attendre l'accord de la CEO. La loi ne prévoit aucune prise en charge rétroactive.

Adresses utiles

- **Ministère de la Famille et de l'Intégration**

Senioren-Telefon : 247-86000 / www.luxsenior.lu

Renseignements sur tous les services pour personnes âgées

- **Fonds national de solidarité (FNS)**

8-10, rue de la Fonderie B.P. 2411 L-1024 Luxembourg

tél. : 491081-1 / www.fns.lu

Renseignements sur la participation au prix de pension dans les établissements

- **Info Handicap**

tél : 366 466/ www.info-handicap.lu

Centre d'information pour toute question concernant le domaine du handicap