

DEMANDE DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

! 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.
Les champs marqués par * doivent être complétés obligatoirement.

*1. Renseignements concernant la demande

Veillez obligatoirement cocher la ou les cases appropriées

- Demande pour aides et soins
- Demande pour aide technique ou adaptation du logement

2. Renseignements concernant le demandeur

Le demandeur est la personne qui nécessite de l'aide.

*Numéro de sécurité sociale

*Nom

Nom marital

*Prénom

*Numéro et rue

Etage de l'appartement

*Code postal et localité

*Numéro(s) de téléphone

Adresse mail

Compte bancaire du demandeur (prière de joindre un relevé d'identité bancaire – RIB)

IBAN :

Si banque à l'étranger

Code BIC

3. Lieu de résidence si différent de l'adresse légale

Renseignez si applicable

*Numéro et rue

Étage :

*Code postal et localité

4. Renseignements concernant l'aidant

Renseignez si applicable

L'aidant est une personne qui contribue aux aides et soins du demandeur. A défaut, veuillez renseigner une personne qui connaît bien sa situation.

*Numéro de sécurité sociale

*Nom

*Prénom

Numéro et rue

Code postal et localité

*Numéro(s) de téléphone

Adresse mail

Lien avec le demandeur

5. Demandeur incapable ou placé sous un régime de protection

Si applicable, veuillez cocher la case correspondante ci-dessous et joindre une copie du jugement

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

IBAN :

Si banque à l'étranger Code BIC

6. Réseau d'aides et de soins intervenant au domicile du demandeur

Renseignez si applicable

Non Oui, Nom du réseau :

7. Accident de travail - Maladie professionnelle

Cette demande est en relation directe avec

- un accident de travail ou de trajet reconnu
 une maladie professionnelle reconnue

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.

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

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 au (+352) 2757-4619 ou par mail à assurancedependance@secu.lu

INFORMATION CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS DONNEES

Le responsable du traitement, à savoir la CNS, vous informe que les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à traiter votre demande de prestations de l'assurance dépendance. En application de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Le responsable du traitement peut communiquer, en conformité avec les dispositions légales applicables, les informations recueillies à tous prestataires autorisés et aux organismes légalement fondés à se faire communiquer de telles données (par exemple, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, à l'Inspection générale de la Sécurité Sociale, aux Ministères et administrations de la Sécurité sociale, de la Santé et de la Famille ainsi qu'à toute administration étrangère intervenant dans le traitement des évaluations de l'état de dépendance lorsque l'assuré n'est pas résident au Luxembourg). Pour plus d'informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter la notice protection des données personnelles disponible sur notre site internet (www.cns.lu).

De plus, il est porté à votre attention que le document *synthèse de prise en charge* tel que défini dans le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance et comprenant les coordonnées du demandeur, les prestations d'aides et de soins accordées ainsi que les données concernant l'identité et les attributions de l'aidant si applicable, sera communiqué le cas échéant, au prestataire avec lequel vous avez convenu de votre prise en charge.



Protection des données à caractère personnel

Information aux demandeurs de prestations de l'assurance dépendance ainsi qu'à leurs aidants

LA PRÉSENTE NOTICE NE CONCERNE QUE LES SEULES DONNÉES TRAITÉES PAR L'ADMINISTRATION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET NE CONCERNE PAS CELLES TRAITÉES PAR LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ.

Le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 *relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)* dispose dans sa section 2 - Information et accès aux données à caractère personnel, article 13 - *Informations à fournir lorsque des données à caractère personnel sont collectées auprès de la personne concernée*, que la personne concernée a droit à des informations:

Par « personne concernée » on entend le demandeur de prestations de l'assurance dépendance - dont le dossier a été transmis par la Caisse nationale de santé à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance - ainsi que son aidant.

Le responsable du traitement des données est l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, adresse postale : L-2974 Luxembourg.

Les finalités du traitement des données des personnes concernées sont principalement

- d'évaluer la situation de dépendance du demandeur de prestations
- de déterminer les prestations de l'assurance dépendance
- de contrôler la qualité des prestations fournies

La personne concernée peut en principe:

- demander l'accès à ses données à caractère personnel,
- demander de faire rectifier ou effacer celles-ci,
- limiter le traitement relatif à la personne concernée, s'opposer au traitement et à la portabilité des données.

Il importe toutefois de rendre attentif au fait que le traitement des données est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle est soumise l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Une information plus exhaustive est disponible sur le site internet www.assurance-dependance.lu ou peut être obtenue sur simple demande par courrier postal, fax, courrier électronique ou téléphone.

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

2024_R20_v01.00

Renseignements concernant le demandeur :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE	
NOM	
PRENOM	

Taille :		Poids :	
-----------------	--	----------------	--

1.	PROBLEMES DE SANTE ACTUELS ➤ <i>Renseignez obligatoirement une des trois rubriques 1.1., 1.2., ou 1.3.</i>
1.1.	Si votre patient est au domicile ou en établissement d'aides et de soins au moment de la rédaction du R20
ICD10	➤ <i>détaillez la pathologie principale ayant motivé la demande</i>
1.2.	Si votre patient est hospitalisé au moment de la rédaction du R20
ICD10	➤ <i>détaillez la pathologie ayant motivé l'hospitalisation et, le cas échéant, la nature et la date de l'intervention chirurgicale réalisée ou planifiée</i>
1.3.	Si votre patient est en rééducation au moment de la rédaction du R20
ICD10	➤ <i>détaillez la pathologie ayant motivé la rééducation et indiquez la durée prévisible de la rééducation</i>

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

3.	LIMITATION DANS L'AUTONOMIE ➤ <i>Renseignez obligatoirement les rubriques 3.1. à 3.4.</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>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène corporelle (<i>aide pour l'hygiène corporelle et buccale, le rasage, l'hygiène menstruelle</i>) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Elimination (<i>aide lors de l'élimination, aide pour changer le sac de stomie ou vider le sac urinaire</i>) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition (<i>aide pour manger et s'hydrater, aide pour la nutrition entérale</i>) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Habillement (<i>aide pour mettre ou enlever les vêtements, aide pour installer et enlever le matériel de correction et de compensation</i>) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité (<i>aide pour les transferts, les déplacements, l'accès et la sortie du logement, les changements de niveau</i>) 		
3.2.	Détaillez dans quelle mesure les pathologies listées sous 1. et 2. limitent, actuellement et de façon régulière, l'autonomie du patient dans <i>d'autres domaines</i> :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Autres (<i>par exemple faire le ménage, structurer sa journée</i>) 		
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
3.4.	Précisez si le patient présente une <u>incontinence</u> urinaire et/ou fécale quotidienne :		
3.5.	Détaillez <i>le cas échéant</i> dans quelle mesure le patient présente un changement fondamental de son état de santé justifiant une <u>garde de nuit</u> à son domicile :		

4.	<p>AIDES TECHNIQUES ET ADAPTATION DU LOGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Précisez uniquement les aides techniques et/ou les adaptations du logement médicalement indiquées à l'heure actuelle et réellement désirées par le patient.</i> ➤ <i>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.</i>

5.	<p>TRAITEMENT AU LONG COURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Renseignez obligatoirement cette rubrique</i>

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
B.P. 1023
L-1010 LUXEMBOURG**

2018_R20_v01.00

MEMOIRE D'HONORAIRES <i>La date, la signature et le cachet sont obligatoires.</i>	
N°:	
Code médecin (si non indiqué sur le cachet)	
Signature et cachet du médecin	

Personne à évaluer	Nom :																				
	Prénom :																				
	Matricule :	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			

H	DATE	CODE TARIF / LIBELLE / OBJET	NBR	MONTANT
A	Date de 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	1	

Réservé à l'administration VISA DE L'ADMINISTRATION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE (AEC)	
Date de réception du rapport :	Bon pour liquidation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Luxembourg, le	Cachet/Signature



EXPLICATIONS AUX DEMANDEURS DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Version 01-2024

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

Est reconnue dépendante toute personne qui, indépendamment de son âge, a un **besoin important et régulier d'aide d'une tierce personne** (un professionnel, un proche, une personne privée), pour effectuer les **actes essentiels de la vie** suite à une **maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature**.

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

- **Hygiène:** aide pour l'hygiène corporelle et buccale, le rasage et l'épilation du visage, l'hygiène menstruelle ;
- **Elimination:** aide lors de l'élimination, aide pour changer le sac de stomie ou vider le sac urinaire ;
- **Nutrition:** aide pour manger et s'hydrater, aide pour la nutrition entérale ;
- **Habillement:** aide pour mettre ou enlever les vêtements, aide pour installer et enlever le matériel de correction et de compensation ;
- **Mobilité:** aide pour les transferts, les déplacements, l'accès et la sortie du logement, les changements de niveau.

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

- effectuer à la place de la personne dépendante tout ou partie des AEV ;
- surveiller ou soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution des AEV.

L'assistance d'une tierce personne dans les AEV doit correspondre à une **intensité définie** : l'aide nécessaire doit représenter au moins **3,5 h/semaine (seuil d'entrée)**.

Il faut que l'état de dépendance persiste, suivant toute probabilité, pour une **période minimale de six mois ou soit irréversible** : l'assurance dépendance vise la dépendance permanente, définitive ou irréversible. Si une personne présente un besoin d'aide pour une courte période ou uniquement pour effectuer l'entretien du ménage ou pour préparer les repas, elle n'est pas dépendante au sens de la loi.

Une demande auprès de l'assurance dépendance peut être également introduite pour un **besoin en aides techniques, en adaptations du logement ou de voiture**, indépendamment d'un besoin d'assistance dans les actes essentiels de la vie.

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

La demande de prestations est composée d'un **formulaire à remplir par vous-même ET d'un rapport médical (R20) à remplir par le médecin traitant**: la demande de prestations est complète si et à partir du moment où les deux parties sont parvenues à la Caisse nationale de santé (CNS).

Le rapport médical (R20) est gratuit pour le demandeur : le médecin sera payé directement par l'assurance dépendance. Un **accusé de réception** confirme la réception de la demande.

La **demande de prestations de l'assurance dépendance doit être envoyée à :**

Caisse nationale de santé (CNS) - Assurance dépendance

B.P. 1023
L-1010 Luxembourg

Fax (+352) 2757-4619
assurancedependance@secu.lu

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

Vous avez la possibilité de **contacter directement un prestataire de votre choix (un réseau d'aides et de soins) qui vous informera de ses modalités de prise en charge.**

Si vous êtes reconnu dépendant après l'évaluation de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance, les aides et soins apportés par le service professionnel (prestations en nature) sont dues à partir de la date de la demande.

Que faire si j'ai un besoin urgent en aides techniques, en adaptations du logement ou de voiture ?

Pour tout renseignement en relation avec des aides techniques, une adaptation du logement ou une adaptation de voiture :

HELPLINE « AIDES TECHNIQUES » DE L'AEC

du lundi au vendredi de 08h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30

Tél. (+352) 247-86040
helpline.at.lo@ad.etat.lu

Fax (+352) 247-86055
www.assurance-dependance.lu

IMPORTANT : Vous devez absolument éviter d'acheter de votre propre initiative des aides techniques (p.ex. fauteuil roulant, lit d'hôpital, aides à la marche), de commencer des travaux d'adaptation du logement ou de faire adapter votre voiture. Il est indispensable d'attendre l'accord de l'AEC.

La législation ne prévoit aucune prise en charge rétroactive.

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

HELPLINE « SECRETARIAT » DE L'AEC

du lundi au vendredi de 08h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30

Tél. (+352) 247-86060
secretariat@ad.etat.lu

Fax (+352) 247-86061
www.assurance-dependance.lu

Adresse postale : Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance
L-2974 Luxembourg

Du matériel d'information peut vous être envoyé sur demande.

Adresses utiles

CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE (CCSS)

Tél. (+352) 40 141-1
www.ccss.lu - ccss@secu.lu
Prise en charge de la cotisation à l'assurance pension de l'aidant (familial ou salarié)

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES SOLIDARITÉS, DU VIVRE ENSEMBLE ET DE L'ACCUEIL

Senioren-Telefon (+352) 247-86000
www.luxsenior.lu - senioren@fm.etat.lu
Service de renseignements pour personnes âgées - Relevé des services pour personnes âgées

FONDS NATIONAL DE SOLIDARITÉ (FNS)

Tél. (+352) 49 10 81-1
www.fns.public.lu - info@fns.public.lu
Renseignements sur la participation au prix de pension dans les établissements

INFO HANDICAP

Tél. (+352) 366 466
www.info-handicap.lu - info@iha.lu
Centre national d'information et de rencontre du handicap