



**DEMANDE D'AUTORISATION TEMPORAIRE D'EXERCER LES
ACTIVITES DE MEDECIN OU DE MEDECIN-DENTISTE A TITRE DE
REPLACANT D'UN MEDECIN ETABLI AU LUXEMBOURG**

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Lieu de naissance : _____ Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse domicile : _____ N° : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____

Tél. privé : _____ Fax privé : _____

GSM : _____

E-mail : _____

OBJET

- Demande d'autorisation temporaire de remplacement
- Prolongation de l'autorisation temporaire de remplacement

PROFESSION

- Médecin-généraliste
- Médecin-spécialiste
- Médecin-dentiste
- Médecin-dentiste spécialiste

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologie | <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Médecine physique et de réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique | <input type="checkbox"/> Médecine tropicale |
| <input type="checkbox"/> Biologie clinique | <input type="checkbox"/> Microbiologie-bactériologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Néphrologie |
| <input type="checkbox"/> Chimie biologique | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> Neurophysiologie clinique |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie des vaisseaux | <input type="checkbox"/> Neuropsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie plastique | <input type="checkbox"/> Oncologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie gastro-entérologique | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie générale | <input type="checkbox"/> Orthopédie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique | <input type="checkbox"/> Pharmacologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Dermato-vénérologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie infantile |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostic |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie et obstétrique | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie biologique | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie générale | <input type="checkbox"/> Santé publique et médecine sociale |
| <input type="checkbox"/> Immunologie | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Maladies contagieuses | <input type="checkbox"/> Médecine d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Médecine génétique | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Vénérologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine du travail | |

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

- Orthodontie
- Chirurgie buccale

1 - ÉTUDES

ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES

Nom de l'établissement	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

**PERIODES DE FORMATION DE SPECIALISATION,
RESP. FORMATION SPECIFIQUE EN MEDECINE GENERALE**

Nom de l'université	Durée des études		Année de formation
	de	à	

4 – INSCRIPTION A L'ORDRE/COUVERTURE D'ASSURANCE

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?¹

Oui Non

Si Oui,

Indiquez lequel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.

.....

.....

.....

Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession?²

Oui Non

¹ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

² Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

Commentaires éventuels :

5 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

0 = pas de notions	1 = élémentaire, scolaire	2 = connaissance pratique suffisante
3 = approfondie	4 = excellente	

Langue maternelle	
-------------------	--

Langue	Expression orale	Expression écrite	Lecture	Compréhension
luxembourgeoise				
française				
allemande				
Autre(s)				

6 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE

Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre rencontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

7 - AUTRES OBSERVATIONS

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont sincères, véritables et complètes.

(Lieu)

le _____
(Date)

(Signature)

**DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE POUR OBTENIR
L'AUTORISATION TEMPORAIRE D'EXERCER LES ACTIVITES DE
MEDECIN/MEDECIN-DENTISTE
à titre de remplaçant d'un médecin établi au Luxembourg**

- preuve de paiement de la taxe de 150€ (voir annexe)
- copie du passeport ou copie de la carte d'identité
- extrait du casier judiciaire (en original et pas plus de 3 mois de date)
- attestation de bonne santé physique et mentale, établie par un médecin luxembourgeois ou étranger agréé (en original et pas plus de 3 mois de date)
- à condition d'y être inscrit : certificat d'honorabilité et de moralité délivré par l'Ordre des médecins/chirurgiens-dentistes (en original et pas plus de 3 mois de date)
- curriculum vitae

pour les médecins-généralistes :

- une copie de votre diplôme de formation médicale de base ;
- une attestation certifiant que vous êtes en dernière année de formation spécifique en médecine générale et que vous avez accompli au moins la moitié du stage prévu dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires.

pour les médecins-spécialistes :

- une copie de votre diplôme de base ;
- une attestation certifiant que vous êtes en dernière année de formation de spécialisation ou plan de stage.

pour les médecins-dentistes :

- une attestation certifiant que vous avez accompli avec succès la dernière année d'études théoriques et pratiques de votre formation en médecine dentaire ;
- une attestation certifiant que vous êtes inscrit en année du Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire (pour la France).

En cas de prolongation de l'autorisation de remplacement, la preuve de paiement de la taxe de 150€ est le seul document à joindre.

LA DEMANDE A ENVOYER A L'ADRESSE

**MINISTERE DE LA SANTE
SERVICE DES PROFESSIONS DE SANTE
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg**

Modifications législatives en vigueur à partir du 1.1.2015

Nouvelles modalités concernant les demandes d'autorisation d'exercer une profession médicale, de santé et de pharmacien, de port d'un titre licite de formation, de l'ouverture d'une clinique vétérinaire et l'obtention d'une concession de pharmacie.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les demandes ci-après adressées au Ministère de la Santé sont subordonnées au paiement préalable d'une taxe comme suit:

(Loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir – première partie 2015)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0257/2014A5472A.html?highlight=paquet%22avenir>

1. Type d'autorisation et montant de la taxe

Professions médicales :

- Demande d'autorisation d'exercer la médecine en qualité de médecin-généraliste ou en qualité de médecin-spécialiste : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation d'exercer la médecine dentaire en qualité de médecin-dentiste ou en qualité de médecin-dentiste spécialiste : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation d'exercer la médecine-vétérinaire en qualité de médecin-vétérinaire : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMEDVET + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin à titre de remplaçant d'un médecin : 150 € (référence à indiquer : **REPLMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin-dentiste à titre de remplaçant d'un médecin-dentiste : 150 € (référence à indiquer : **REPLMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin-dentiste autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin-vétérinaire autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMEDVET + nom du demandeur**)
- Demande d'ouverture d'une clinique vétérinaire : 450 € (référence à indiquer : **CLINVET + nom du demandeur**)

Profession de pharmacien :

- Demande d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien : 450 € (référence à indiquer : **AUTOPHARM + nom du demandeur**)
- Demande d'obtention d'une concession de pharmacie : 75 € (référence à indiquer : **CONCESSPHARM + nom du demandeur**)

Profession de santé :

- Demande d'autorisation d'exercer : 75 € (référence à indiquer : **AUTOPROFSANTE + nom du demandeur**)

2. Procédure

Les taxes ci-dessus sont à verser à l'**Administration de l'Enregistrement et des Domaines**, sur le compte bancaire : **IBAN LU13 1111 0011 4679 0000** Chèques Postaux, L-1010 Luxembourg (Code Swift : **CCPLLULL**)

Les demandes ci-dessus sont obligatoirement à compléter par quittance (avis de débit) du virement ou du versement de l'Instance financière/bancaire et à adresser au

Ministère de la Santé
Service des professions de santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg

En cas de perte des autorisations ci-dessus, l'établissement d'un uplicata est subordonné au versement d'une taxe de 10 € (référence à indiquer : **DUPLICATA + indication initiale + nom du demandeur**).

Notes importantes :

- **Veillez noter que pour des raisons administratives nous ne pouvons pas accepter de chèques !**
- **Il est obligatoire d'indiquer clairement la référence et le nom du demandeur.**
- **Aucune demande ne sera traitée avant le versement/virement de la taxe afférente.**
- **Une décision de refus ne donne pas droit au remboursement de la taxe.**