

## DEMANDE DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

**!** 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 la demande

*Veillez cocher les cases appropriées*

Demande pour aides et soins

*Détail à préciser par le médecin (R20)*

Demande pour aide technique ou adaptation du logement

*Détail à préciser par le médecin (R20)*

### 2. 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

Étage de l'appartement

\*Code postal et localité

\*Numéro(s) de téléphone

Adresse mail

Compte bancaire du demandeur

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

Numéro accident/maladie professionnelle  
(p.ex. U 2004/42356)

un accident de travail ou de trajet reconnu

lettre U ou L

année

n° à 5 positions

une maladie professionnelle reconnue

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 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 : (+352) 27 57- 4619

**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 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.

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.

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

2018\_R20\_v01.00

**Renseignements concernant le demandeur :**

NUMERO DE SECURITE SOCIALE												
NOM												
PRENOM												

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

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

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

<b>3.</b>	<b>LIMITATION DANS L'AUTONOMIE</b>		
	➤ <b>Renseignez obligatoirement les rubriques 3.1. à 3.4.</b>		
<b>3.1.</b>	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> :		
	● <b>Hygiène corporelle</b> ( <i>aide pour l'hygiène corporelle et buccale, le rasage, l'hygiène menstruelle</i> )		
	● <b>Elimination</b> ( <i>aide lors de l'élimination, aide pour changer le sac de stomie ou vider le sac urinaire</i> )		
	● <b>Nutrition</b> ( <i>aide pour manger et s'hydrater, aide pour la nutrition entérale</i> )		
	● <b>Habillement</b> ( <i>aide pour mettre ou enlever les vêtements, aide pour installer et enlever le matériel de correction et de compensation</i> )		
	● <b>Mobilité</b> ( <i>aide pour les transferts, les déplacements, l'accès et la sortie du logement, les changements de niveau</i> )		
<b>3.2.</b>	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> :		
	● <b>Autres</b> ( <i>par exemple faire le ménage, structurer sa journée</i> )		
<b>3.3.</b>	Précisez si, selon toute probabilité, cet état de dépendance		
	dépasse 6 mois	ne dépasse pas 6 mois	est irréversible
<b>3.4.</b>	Précisez si le patient présente une incontinence urinaire et/ou fécale quotidienne :		
<b>3.5.</b>	Détaillez le cas échéant dans quelle mesure le patient présente un changement fondamental de son état de santé justifiant une garde de nuit à son domicile :		

**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.*

--

**5.**

**TRAITEMENT AU LONG COURS**

- *Renseignez obligatoirement cette rubrique*

--

Date obligatoire	Signature et cachet obligatoires du médecin

Veillez remplir le mémoire d'honoraires 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

*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 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 L'ADMINISTRATION D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE (AEC)

Date de réception du rapport :

Bon pour liquidation : OUI  NON

Luxembourg, le

Cachet/Signature







## EXPLICATIONS AUX DEMANDEURS DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Version 01-2018

### 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'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
- **Élimination**  
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 votre état de santé :

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

**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 votre 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 vous présentez un besoin d'aide pour une courte période ou uniquement pour effectuer l'entretien du ménage ou pour préparer les repas, vous n'êtes pas dépendant 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 votre médecin** : votre demande de prestations est complète si et seulement si **les deux parties** sont à disposition de la Caisse nationale de santé (CNS).

### 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

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

### Que faire en cas de besoin direct 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 besoin d'autres renseignements ?

#### HELPLINE SECRETARIAT DE L'AEC : 247-86060

Lundi à vendredi: de 9h00 à 11h00 et de 14h00 à 16h00

- E-mail : [secretariat@ad.etat.lu](mailto:secretariat@ad.etat.lu)
- Fax : 247-86061
- Internet : [www.mss.public.lu](http://www.mss.public.lu)

Courrier : Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance  
125, route d'Esch - L-2974 Luxembourg

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 :

#### HELPLINE « AIDES TECHNIQUES » DE L'AEC : 247-86040

Lundi- Mardi - Jeudi - Vendredi de 08h30 à 11h30

Mercredi de 13h30 à 17h00

**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 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](http://www.luxsenior.lu)

Service de renseignements pour personnes âgées / Liste des 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](http://www.fns.lu)

Renseignements sur la participation au prix de pension dans les établissements

#### INFO HANDICAP

tél : 366 466/ [www.info-handicap.lu](http://www.info-handicap.lu)

Centre national d'information et de rencontre du handicap

#### CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE

tél. 40 141-1 / [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

Affiliation de l'aidant à l'assurance pension