

**PROVINCE DE LUXEMBOURG**  
**1<sup>ère</sup> Inspection générale**  
**DEPARTEMENT DES AFFAIRES SOCIALES**  
**ET HOSPITALIERES**  
**Division des Affaires Sociales**  
**Service des Primes**

**INTERVENTION DANS LES FRAIS NEONATALS**

**REGLEMENT**

Article 1<sup>er</sup> : Une intervention est accordée dans les frais hospitaliers, médicaux et de transport restant à charge du patient et résultant du transfert in utero ou d'un nouveau-né vers un service de soins néonataux intensifs (N) ou autre service de soins intensifs situé en dehors de la province de Luxembourg.

Article 2 : Elle est fixée, comme suit, à un pourcentage des frais restant à charge des parents après toute autre intervention (mutuelles ou autres organismes) :

- a) pour un enfant : 50% sans pouvoir excéder 380 €
- b) si deux ou plusieurs enfants font l'objet, à partir d'une même naissance, d'un transfert tel que précisé ci-avant, les frais sont globalisés puis divisés par le nombre d'enfants et l'intervention est alors fixée comme suit :
  - b1) pour le premier enfant : 50% de la part y relative sans pouvoir excéder 380 €
  - b2) pour le deuxième enfant : 80% de la part y relative.
  - b3) pour les troisième enfant et suivants : 100% de la (des) part(s) y relative(s).

Article 3 : Une intervention de 500 € maximum est accordée en cas de transfert hélicoptéré in utero ou du nouveau-né vers un service de soins néonataux intensifs (N).

Article 4 : L'une ou l'autre intervention est accordée :

- a) si les frais susmentionnés dépassent 24,78 €
- b) s'ils sont justifiés par une facture, d'une part, et par l'attestation d'intervention de la mutuelle ou autre organisme, d'autre part;
- c) si le transfert du (des) nouveau-né(s) a été entamé dans les douze mois de la date de naissance;
- d) si la demande a été introduite dans les dix-huit mois de la date du transfert;
- e) si les parents sont domiciliés dans la province de Luxembourg.

Article 5 : Le demandeur doit fournir à l'Administration provinciale une attestation produite par l'hôpital ou le médecin qui a demandé le transfert, signifiant :

1. la nécessité de ce transfert vers un service de soins intensifs situé en dehors de la province;
2. la date de naissance du nouveau-né;
3. ses nom, prénoms et l'adresse de ses parents;
4. l'appellation et l'adresse de l'hôpital de destination;
5. la date du transfert.

Article 6: L'application du présent règlement est subordonnée à l'inscription et à l'approbation du crédit nécessaire au budget provincial.

Article 7 : Tous les cas non prévus au présent règlement seront tranchés souverainement par le Collège provincial.

Article 8 : La présente résolution sortira ses effets à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2005, pour les années 2005 et suivantes.



**3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES FRAIS DU TRANSFERT DU NOUVEAU-NE**

A. Frais de transport (ambulance, hélicoptère, ...)

- Montant total de la facture : .....
- Montant du remboursement de la Mutuelle : .....
- Montant des autres remboursements : .....
- Montant de la facture restant à votre charge : .....

B. Frais hospitaliers (soins, chambre, médicaments) attachés au transfert.

- Montant total de la facture : .....
- Montant du remboursement de la Mutuelle : .....
- Montant des autres remboursements : .....
- Montant de la facture restant à votre charge : .....

C. Frais médicaux attachés au transfert (honoraires médecins)

- Montant total de la facture : .....
- Montant du remboursement de la Mutuelle : .....
- Montant des autres remboursements : .....
- Montant de la facture restant à votre charge : .....

D. Autres frais attachés au transfert en hôpital

- Montant total de la facture : .....
- Montant du remboursement de la Mutuelle : .....
- Montant des autres remboursements : .....
- Montant de la facture restant à votre charge : .....

Date : le.....

Signature du demandeur : .....

## ATTESTATION

Attestation à compléter par l'hôpital ou le médecin qui a demandé le transfert du nouveau-né.  
(À valoir en matière administrative aux fins d'instruction d'une demande d'intervention dans les frais de transfert).

Je soussigné, .....

Médecin (gynécologue, pédiatre, médecin-directeur, ...) .....

à l'hôpital (dénomination) .....

Adresse : .....

ATTESTE :

1. Que j'ai reconnu nécessaire de transférer le nouveau-né prénommé (ou éventuellement la maman)

.....

.

.....  
fils/fille de Monsieur et Madame .....

vers un service de soins intensifs de l'hôpital (dénomination) .....

.....

à (adresse) .....

2. Que l'enfant susnommé est né le .....

à ( lieu de naissance) .....

3. Que le transfert a eu lieu le .....

4. Moyen de transport : .....

5. Noms, prénoms et adresse des parents : .....

.....

Fait à ....., le .....

Signature du Médecin,

**IMPORTANT**

**1. La présente demande est à envoyer à l'adresse suivante :**

**Monsieur le Greffier provincial  
Département des Affaires Sociales et Hospitalières  
Service des Primes  
1, Square Albert 1er, 6700 ARLON**

**2. Il est obligatoire de joindre une photocopie des factures de frais hospitaliers, médicaux et de transport.**

**3. Pour tout renseignement, il y a lieu de s'adresser :  
Bâtiment provincial, 1, Square Albert 1er, 6700 ARLON  
ou de téléphoner au 063/21.22.35.**