



Exposé des motifs

Par courrier recommandé du 30 octobre 2025, l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg a dénoncé les conventions conclues entre elle-même et la Caisse nationale de santé en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (médecins et médecins-dentistes).

L'article 63, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale prévoit que « [Les conventions] *peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg à l'initiative de la Caisse nationale de santé* ».

La procédure d'entente collective déclenchée par la suite en vertu de l'article 69 du Code de la sécurité sociale n'ayant pas abouti à la mise en place d'une convention, les dispositions régissant les relations entre les médecins et la Caisse nationale de santé sont à fixer par règlement grand-ducal en vertu de l'article 70, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale.

L'article 64 du Code de la sécurité sociale, qui précise les dispositions relevant de la convention, a constitué un cadre de référence, au regard tant des matières actuellement régies que de la limitation d'un règlement grand-ducal quant à son degré de détail.



Projet de règlement grand-ducal portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel représentatif des médecins

Nous Guillaume, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 70, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale ;

Vu le procès-verbal de non-conciliation ;

Les avis de la Chambre des salariés, de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, de la Chambre d'agriculture, de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers ayant été demandés ;

L'avis du Collège médical ayant été demandé ;

Le Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

Arrêtons :

Chapitre 1^{er} – Champ d'application

Art. 1^{er}. Le présent règlement a pour objet de fixer en matière d'assurance maladie-maternité les dispositions régissant les relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel représentatif des médecins.

Ces dispositions s'appliquent sous conditions :

- 1° que le médecin dispose d'une autorisation d'exercer la profession de médecin au Grand-Duché de Luxembourg accordée par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;
- 2° que les prestations de soins de santé soient dispensées par le médecin au Grand-Duché de Luxembourg pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la nomenclature des actes et services des médecins prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale ;



3° que les prestations de soins de santé soient susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie-maternité en vertu du Code de la sécurité sociale ou en vertu des instruments bilatéraux ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

Les prestations de soins de santé dispensées ou prescrites en violation des dispositions du présent règlement ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie-maternité.

Chapitre 2. – Procédure d'enregistrement du médecin auprès de la Caisse nationale de santé et échange d'informations

Art. 2. (1) Afin d'établir ses relations avec la Caisse nationale de santé, le médecin, avant de pouvoir dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité, transmet à la Caisse nationale de santé, le formulaire intitulé « Fiche de renseignements sur l'établissement comme médecin au Luxembourg » dûment complété et signé, et les pièces suivantes :

- 1° une copie de l'arrêté portant autorisation d'exercer la profession de médecin au Grand-Duché de Luxembourg, établie par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;
- 2° une copie d'une pièce d'identité officielle ;
- 3° le relevé d'identité bancaire du compte bancaire professionnel à créditer.

Au moment de l'accomplissement des modalités visées à l'alinéa 1^{er}, le médecin est enregistré comme prestataire de l'assurance maladie-maternité et se fait attribuer par la Caisse nationale de santé un code d'identification dénommé « code prestataire » à utiliser dans le cadre des rapports avec la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale.

Tout changement des informations renseignées doit être notifié par le médecin à la Caisse nationale de santé endéans un délai de quinze jours suivant la date du changement.

(2) L'installation d'un médecin dans une association de médecins n'est opposable à l'assurance maladie-maternité qu'après notification à la Caisse nationale de santé du formulaire intitulé « Pratique de la médecine en association libérale / changement de la composition », dûment complété et signé, avec un relevé d'identité du compte bancaire professionnel à créditer dans le cas où l'association est l'émettrice d'un mémoire d'honoraires.

Au moment de l'accomplissement de ces modalités, un code d'identification dénommé « code prestataire de l'association » est attribué par la Caisse nationale de santé à l'association.



Tout changement des informations renseignées doit être notifié à la Caisse nationale de santé endéans un délai de quinze jours suivant la date du changement.

(3) Le code prestataire doit figurer sur tous les documents échangés entre le médecin, l'assuré, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale et le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Chapitre 3.- Modalités de l'exécution des prestations du médecin pour le compte de l'assurance maladie-maternité

Art. 3. La délivrance des actes et services du médecin se fait sur base des critères découlant des articles 17, alinéa 1^{er} et 23, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale et conformément aux conditions et modalités prévues à la nomenclature des actes et services des médecins et aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Toutes les communications entre le médecin et la Caisse nationale de santé se font par voie numérique conformément aux dispositions du chapitre 4 et à l'aide de formules standardisées conformément aux dispositions du chapitre 5 et selon les modalités prévues à l'annexe I.

Dans ses relations avec la Caisse nationale de santé ou avec une caisse de maladie visée par l'article 48 du Code de la sécurité sociale, le médecin précise si ses prestations de soins de santé sont exécutées au sein d'un cabinet médical, en indiquant l'adresse s'il exerce au sein de plusieurs cabinets médicaux, au domicile ou au lieu de séjour de l'assuré ou dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1^{er} de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Art. 4. Avant la délivrance des actes et services, le médecin vérifie l'identité du patient et sa qualité de personne protégée par l'assurance maladie-maternité.

La qualité de personne protégée est établie par la présentation au médecin du titre de légitimation visé à l'article 413, alinéa 1^{er}, point 10 du Code de la sécurité sociale, dénommé « carte d'assuré » qui contient les noms, prénoms ainsi que le numéro d'identification du titulaire, tel que prévu par la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques, dénommé « matricule ». Le médecin apporte le matricule sur la formule standardisée à remplir.

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère, liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bilatéraux ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et le matricule de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.



En cas d'indigence de la personne protégée, le médecin vérifie l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec celle dont les coordonnées figurent sur l'attestation émise par l'office social en charge, conformément à l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Le report par le médecin du matricule figurant sur la carte d'assuré sur les documents établis conformément aux modalités arrêtées dans l'annexe I, constitue à l'égard de l'assurance maladie-maternité présomption de la vérification de la concordance de l'identité du bénéficiaire des soins avec le titulaire de la carte d'assuré ou des documents conférant le bénéfice de la prise en charge directe en cas d'indigence de la personne protégée.

Pour les patients ne disposant pas de matricule, ce dernier est à remplacer par la date de naissance du patient. Dans ce cas, le médecin remet une version papier de la formule standardisée au patient afin que ce dernier puisse, le cas échéant, faire valoir ses droits de prise en charge.

Chapitre 4.- Transmission et circulation des données et informations

Art. 5. Dans le cadre des relations entre la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale et les médecins, la transmission et la circulation des données et informations se font sous forme standardisée, sécurisée et conformément aux dispositions de la législation sur la protection des données à caractère personnel.

La transmission et la circulation des données et informations se font sous forme de procédure numérique et à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé visée à l'article 60ter, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, point 1) du Code de la sécurité sociale.

Les parties garantissent la mise en place de procédures validées de dématérialisation et de conservation des documents numériques. En cas de version papier, à l'exception de l'ajout des données administratives strictement nécessaires au traitement des documents que sont l'identification et l'affiliation de la personne protégée, les documents numérisés transmis et archivés dans le cadre du présent règlement ne subissent aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent.

Le médecin garantit la mise en place de procédures de rematérialisation des formules standardisées en cas de transmission ou circulation exclusivement sous forme numérique ou numérisée. Sur demande de la personne protégée, le médecin émet une version papier de cette formule standardisée à titre gratuit.



Art. 6. Tout médecin qui transmet ou fait circuler des données et informations sous forme de procédure numérique utilise un programme informatique pour lequel il dispose d'une attestation de conformité délivrée par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, désignée ci-après par l'« Agence », visée à l'article 60^{ter} du Code de la sécurité sociale, indiquant que ce système respecte les exigences techniques, fonctionnelles, organisationnelles et de sécurité requises.

À défaut d'accès ou de disponibilité d'un tel programme informatique, le médecin a recours aux solutions techniques alternatives non automatisées, via les liaisons informatiques, mises à disposition par la Caisse nationale de santé permettant l'émission et la transmission des formules standardisées conformes au présent règlement. Dans ce cas, le médecin saisit manuellement les éléments constitutifs de la formule standardisée dans les champs y réservés.

Pour toute transmission et circulation de données ou informations sous forme de procédure numérique, le médecin s'authentifie en tant que médecin sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé de l'Agence.

Toute transmission et circulation de données ou informations sous forme d'une formule standardisée numérique ou numérisée respecte les standards techniques fixés par le document de référence y relatif et est conforme au format XSD figurant aux articles 55 à 115 de l'annexe I, qui décrivent la structure et le type du contenu du fichier XML à produire.

En l'absence du document de référence produisant ses effets et définissant la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est remplacée par la transmission d'une version de cette formule standardisée à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé en format PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1 et avec un taux de compression des images dans le PDF de 50% à 60%. En l'absence du document de référence définissant la transmission d'une version de cette formule standardisée en format PDF à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est remplacée par l'émission par le médecin de cette formule standardisée en format papier.



Art 7. Par dérogation à l'article 5, alinéa 2 et par année civile, le médecin est autorisé à émettre jusqu'à deux cents formules standardisées, opposables à l'assurance maladie-maternité, en version papier et sans transmission sous forme de procédure numérique à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Art 8. (1) La transmission et circulation des données et informations d'une formule standardisée numérique à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est munie d'une signature électronique.

La signature électronique doit être apposée en utilisant un dispositif sous le contrôle exclusif du signataire. En complément de ce qui précède, toute signature électronique doit être accompagnée d'un horodatage qualifié réalisé par un prestataire de services de confiance qualifié et,

1° lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format PDF isolé, être conforme aux exigences du standard PAdES défini dans les normes ILNAS-EN 319 142-1 V1.2.1 et ILNAS-EN 319 142-2 V1.2.1, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B-LT ;

2° lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format PDF embarquée dans un XML signé XAdES-B-LT conformément au tiret suivant, être conforme aux exigences du standard PAdES défini dans les normes ILNAS-EN 319 142-1 V1.2.1 et ILNAS-EN 319 142-2 V1.2.1, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B ;

3° lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format XML, être conforme aux exigences du standard XAdES défini dans les normes ILNAS-EN 319 132-1 V1.3.1 et ILNAS-EN 319 132-2 V1.1.1, parties 1 et 2, et être créée en respectant au minimum le niveau de signature défini dans le profil XAdES-B-LT.

Un contrôle de la validité de la signature électronique est effectué lors de l'entrée des données et informations au système informatique de la Caisse nationale de santé.

(2) Toute formule standardisée émise en version papier est munie de la signature manuscrite et du cachet du médecin, à l'exception de la formule standardisée réservée aux mémoires d'honoraires non acquittés.

(3) Dans le cas où une altération d'une formule standardisée signée et transmise sous forme numérique s'avère nécessaire, le médecin annule et remplace la formule standardisée transmise.

Dans le cas où une altération d'une formule standardisée signée et non transmise sous forme numérique s'avère nécessaire, le médecin altère la formule standardisée transmise en apposant une deuxième signature manuscrite et son cachet à proximité de son altération.



Chapitre 5. - Établissement des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions des médecins

Art. 9. Les formules standardisées comportent des zones, dont la taille et l'emplacement sont définis à l'annexe I. Ces zones sont destinées à recevoir des données et informations nécessaires pour une prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Seules les données et informations prévues pour chaque zone peuvent y être inscrites. La description des données et informations admissibles dans chacune des zones figure à l'annexe I.

Chaque formule standardisée répond aux caractéristiques de format suivantes :

- 1° la marge minimale vers le haut, le bas, à gauche et à droite est de 1cm ;
- 2° le fond de la formule standardisée est blanc ;
- 3° les caractères des données et informations sont détachés ;
- 4° la fonte est Arial et noir ;
- 5° le numéro des pages sur le nombre total de pages est à ajouter sur toutes les pages, à l'exception des formules standardisées réservées à une page.

Toute formule standardisée contient les nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin, et les nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée.

Toute formule standardisée comporte un code-barres, tel que prévu par l'article 11, à l'exception de celle non transmise par voie numérique.

Sur toute formule standardisée reprenant des prestations de soins de santé concernant un accident du travail présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin inscrit le numéro attribué par l'Association d'assurance accident, ou, à défaut, la date de l'accident.

Toute formule standardisée en format papier ou PDF remplit en plus les caractéristiques de format suivantes :

- 1° la qualité papier minimale est de 80 gr/m² ou la visualisation se fait en PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1, avec un taux de compression des images dans le PDF de 50% à 60% ;
- 2° la dimension de la formule standardisée en version papier est en DIN A4.

L'émission de formules standardisées en version papier par le médecin est réalisée à titre gracieux.



Les versions papier des formules standardisées, à l'exception des mémoires d'honoraires non acquittés, sont signées et cachetées par le médecin.

Art. 10. Le document de référence requis pour la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées ou en format PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1 et avec un taux de compression des images dans le PDF de 50% à 60%, est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et s'applique à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de sa publication.

Chaque document de référence définit les standards techniques électroniques et numériques à respecter dans le cadre de la transmission et circulation numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Art. 11. Le code-barres prend la forme d'un code datamatrix dont le niveau de redondance est d'au moins 7%, niveau L, et pour lequel le séparateur à utiliser entre chaque champ est un mot-dièse.

Le code-barres se trouve sur la première page d'une formule standardisée, aligné à droite, et permet d'identifier de manière unique les données structurées et normalisées d'une formule standardisée transmise à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Le code-barres contient :

- 1° pour les mémoires d'honoraires, les données précisées à l'article 1^{er} de l'annexe I ;
- 2° pour les relevés dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc telle que prévue à l'article 44, les données précisées à l'article 2 de l'annexe I ;
- 3° pour les ordonnances médicales, les données précisées à l'article 3 de l'annexe I ;
- 4° pour les demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, les données précisées à l'article 4 de l'annexe I ;
- 5° pour les feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, les données précisées à l'article 5 de l'annexe I ;
- 6° pour le décompte des indemnités horokilométriques, les données précisées à l'article 6 de l'annexe I ;
- 7° pour les certificats d'incapacité de travail, les données précisées à l'article 7 de l'annexe I ;
- 8° pour les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, les données précisées à l'article 8 de l'annexe I.



Art. 12. (1) Les mémoires d'honoraires sont établis sur la formule standardisée, qui est à remplir conformément aux conditions décrites aux paragraphes suivants et aux modalités figurant aux articles 9 et suivants de l'annexe I.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention du présent règlement ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie-maternité.

(2) Un mémoire d'honoraires distinct est établi pour chaque personne protégée et reproduit toutes les indications utiles correspondant aux actes et services de la nomenclature des actes et services des médecins prestés personnellement par le médecin.

Chaque médecin collaborant à l'examen ou au traitement d'une même personne protégée établit, pour les prestations de soins de santé qu'il dispense, un mémoire d'honoraires distinct, à l'exception des prestations de soins de santé dispensées dans le cadre d'une association qui peuvent figurer sur le même mémoire d'honoraires.

Les prestations de soins de santé imputables à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

(3) Chaque mémoire d'honoraires comporte :

- 1° le nom, prénom et titre dont le médecin peut se prévaloir ou la dénomination de l'association ;
- 2° le code prestataire du médecin émetteur ou de l'association émettrice du mémoire d'honoraires ;
- 3° le nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée ;
- 4° les actes et services délivrés d'après le code officiel de la nomenclature des actes et services des médecins ;
- 5° le lieu d'exécution de la prestation de soins de santé conformément à l'article 10 de l'annexe I ;
- 6° la date de chaque prestation de soins de santé ou, lorsqu'il s'agit de traitements soumis à un forfait figurant à la première partie, chapitres 4, 7 et 8, de la nomenclature des actes et services des médecins, les dates du début et de la fin du traitement ;
- 7° le code prestataire du médecin pour chaque acte ou service délivré ;
- 8° le compte bancaire professionnel ;
- 9° pour chaque acte ou service le montant du tarif de la nomenclature des actes et services des médecins ainsi que le total des honoraires mis en compte.



Les mémoires d'honoraires transmis par voie numérique comportent, sur leur première page, un code-barres. Ce code-barres se compose, conformément à l'article 1^{er} de l'annexe I, du libellé type mémoires d'honoraires et des données techniques permettant d'accéder aux données structurées et normalisées des formules standardisées de mémoires d'honoraires.

Le mémoire d'honoraires établi par le médecin ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est complété par le numéro du titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé suite à la transmission par le médecin spécialiste rapporteur de la feuille de présence telle que prévue à l'article 5 de l'annexe I.

La modalité du dépassement, à charge des personnes protégées, mis en compte par le médecin en vertu de l'article 43, paragraphe 1^{er}, pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées figure sur le même mémoire d'honoraires que celui émis pour les actes et services délivrés au tarif de la nomenclature des actes et services des médecins, en indiquant le détail du montant du dépassement des tarifs par convenance personnelle.

Lorsque la prestation de soins de santé est imputable à un accident du travail ou une maladie professionnelle, le numéro d'accident est reproduit. Lorsque le numéro d'accident n'est pas connu du médecin, mais que celui-ci présume un lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, il inscrit sur le mémoire d'honoraires la date de l'accident tant que le délai prévu à l'article 123, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale n'est pas écoulé.

Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes et services de la nomenclature des actes et services des médecins prestés dans le cadre du service de remplacement des médecins-généralistes portent la date correspondant à l'heure d'appel du médecin par la personne protégée. Les actes et services dont l'heure d'appel se situe avant minuit portent la date du jour où le service de remplacement a commencé, ceux dont l'heure d'appel se situe après minuit portent la date où le service de remplacement a fini.

Pour les mémoires d'honoraires émis dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission individuelle, le mémoire d'honoraires précise également la part statutaire incombant à l'assurance maladie-maternité et la participation personnelle de la personne protégée.

Les mémoires d'honoraires portant sur la visite effectuée par un médecin qui n'est pas présent à l'hôpital, mais qui doit s'y déplacer spécialement et en urgence pour un traitement ambulatoire ou pour une personne protégée hospitalisée par un autre médecin, indiquent l'heure à laquelle la visite a été effectuée.

(4) Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations de soins de santé est interdit.



Le médecin qui présente à la personne protégée la mise en compte de prestations de soins de santé pour lesquelles la prise en charge directe a été préalablement refusée par l'assurance maladie-maternité, en informe la personne protégée lors de la présentation de son mémoire d'honoraires.

(5) En cas de paiement par la personne protégée d'un mémoire d'honoraires émis en version papier, la signature manuscrite, accompagnée du cachet du médecin et de la date d'acquittement est apposée sur cette version. Tout mémoire d'honoraires émis en version papier, non acquitté, ne porte ni signature manuscrite ni cachet du médecin.

Art. 13. Dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc conforme à l'article 44, le médecin joint le relevé récapitulatif prévu à l'article 13 de l'annexe I.

Pour une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, le médecin indique sur le mémoire d'honoraires le numéro d'identification de l'office social émetteur de l'attestation de prise en charge émise dans le cadre de l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Art. 14. L'ordonnance médicale dont fait usage le médecin dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé figurant à l'article 17, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, correspond aux articles 16 et 17 de l'annexe I.

Le médecin inscrit sur l'ordonnance soit le libellé de l'acte, de la prestation ou de la fourniture tel qu'il figure dans les nomenclatures visées à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, soit le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature afférente.

Toute prescription de prestations de soins de santé en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle est portée sur une ordonnance médicale distincte.

L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée.

Une ordonnance distincte est établie pour chaque prescription relevant d'un prestataire ou fournisseur différent.

En cas de prestations de soins de santé à délivrer au domicile de la personne protégée pour des raisons médicales, le médecin l'indique sur l'ordonnance médicale.



Art. 15. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique », conforme aux articles 18 et 19 de l'annexe I.

Par dérogation à l'article 14, alinéa 5, lorsque la pathologie particulière de la personne protégée exige des examens de laboratoire à intervalles réguliers, le médecin est habilité à émettre en une seule fois un nombre d'ordonnances médicales suffisant pour permettre une surveillance du malade pendant une période de six mois au plus. Les dates-limite de chaque examen sont mentionnées sur les ordonnances médicales.

Une ordonnance médicale concernant des examens de laboratoire réalisés à des fins scientifiques doit être marquée conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique au motif qu'elle n'est pas à charge de l'assurance maladie-maternité.

Art. 16. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Kinésithérapie », conforme à l'article 20 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 17. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des infirmiers, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers », conforme à l'article 21 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Lorsque les ordonnances médicales pour soins d'infirmier prévoient des injections, ces ordonnances médicales doivent spécifier le nom du médicament et la dose à injecter.

Art. 18. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Psychothérapie », conforme à l'article 22 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 19. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des diététiciens, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Diététique », conforme à l'article 23 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.



Art. 20. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des orthophonistes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Orthophonie », conforme à l'article 24 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 21. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des sage-femmes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Actes et services des sage-femmes », conforme à l'article 25 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 22. Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Psychomotricité », conforme à l'article 26 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 23. Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux », conforme aux articles 27 et 28 de l'annexe I.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient, à moins qu'une partie des médicaments prescrits ne soit en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, auquel cas il est procédé conformément à l'article 14, alinéa 3.

Par prescription de médicament, le médecin indique le numéro national de la liste positive en application de l'article 22, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, sinon la dénomination abrégée de la liste positive, sinon la dénomination commune internationale.

Par prescription d'aliment médical ou de dispositif médical à l'exception des prothèses, épithèses et orthèses, le médecin indique le numéro national ou code des fichiers B de l'Annexe A des statuts de la Caisse nationale de santé, à l'exclusion du fichier B6, sinon le nom commercial ou collectif des fichiers B de l'Annexe A des statuts de la Caisse nationale de santé, à l'exclusion du fichier B6.

Au besoin, il renseigne la quantité prescrite, l'unité prescrite, la quantité par administration, l'unité par administration, la fréquence, l'intervalle de la fréquence, la durée du traitement, la posologie, et la motivation médicale conforme à l'article 27 de l'annexe I.



Par ordonnance médicale, le médecin ne peut pas prescrire des médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux pour une période excédant six mois.

À défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie-maternité à partir du troisième mois de son établissement.

Le médecin peut prescrire des médicaments sous le nom générique (DCI) ou chimique de la substance active.

Art. 24. Les transports non-urgents de malades effectués à charge de l'assurance maladie-maternité sont à prescrire par le médecin sur des ordonnances spéciales, limitées à une page, prévues aux articles 29 et 30 de l'annexe I.

Sont considérés comme « transports non-urgents de malades », au sens du présent article, le « transport en série en ambulance terrestre ou en taxi » et le « transport simple et non-urgent en ambulance », tels que définis par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 25. Dans le cadre de la prescription d'une désinfection d'une ambulance, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance », conforme à l'article 31 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 26. Dans le cadre de la prescription d'aides visuelles, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Aides visuelles », conforme à l'article 32 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Si le médecin prescrit des verres teintés, il indique le numéro d'un des diagnostics suivants :

- 01 - conjonctivite chronique ;
- 02 - kératite et cicatrice cornéenne étendue ;
- 03 - iritis ;
- 04 - cataracte centrale congénitale y compris l'aphakie ;
- 05 - glaucome ;
- 07 - névralgie ciliaire ;
- 08 - photophobie due à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne ;
- 09 - albinisme ;
- 10 - cécité.

Si le médecin prescrit des lentilles de contact, il indique le code d'une des pathologies médicales suivantes :



- 01 - amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries
- 03 - astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
- 04 - kératocône
- 05 - aphakie uni- et bilatérale
- 06 - aniséiconie
- 07 - anisométrie de plus de 3 dioptries
- 08 - nystagmus de fixation
- 09 - anisocorie
- 10 - dystrophie cornéenne
- 11 - myopie évolutive génétique
- 12 - traumatisme cornéen ou scléral
- 13 - traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
- 14 - hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Art. 27. Dans le cadre de la prescription des vêtements de compression et de contention inscrits à la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention », conforme aux articles 33 et 34 de l'annexe I.

Art. 28. Dans le cadre de la prescription des fournitures orthopédiques pour pied diabétique inscrites à la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Pied diabétique », conforme aux articles 35 et 36 de l'annexe I.

Art. 29. Dans le cadre de la prescription de dispositifs de correction auditive, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive », conforme à l'article 37 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 30. Dans le cadre de la demande d'un rapport R1 au médecin traitant conformément au code R1 figurant à la nomenclature des actes et services des médecins, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant », conforme à l'article 38 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.



Art. 31. Dans le cadre de la demande d'un traitement parallèle conformément à l'article 7 de la nomenclature des actes et services des médecins, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle », conforme à l'article 39 de l'annexe I.

Art. 32. Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient au Grand-Duché de Luxembourg conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient », conforme à l'article 40 de l'annexe I.

Art. 33. Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger », conforme à l'article 41 de l'annexe I.

Une telle ordonnance contient la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic moyennant codification ICD-10 à quatre caractères alphanumériques au moins, la date de début de traitement, si connue, avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement, l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée, la nature du traitement et la motivation exposant les faits ainsi que les critères justifiant le traitement.

Sur cette ordonnance médicale, le médecin indique le motif à l'origine de l'émission de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, à savoir que :

- 1° les prestations dont la prise en charge est demandée ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie ; ou que
- 2° les prestations dont la prise en charge est demandée peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie. La demande émane de la demande expresse de la personne protégée qui souhaite se rendre à l'étranger pour la dispensation des prestations en question ; ou que
- 3° les prestations dont la prise en charge est demandée sont directement liées à un suivi d'un traitement initié auprès d'un médecin étranger et opposable à l'assurance maladie-maternité, et sont envisagées dans le cadre du suivi de ce traitement.

Cette information est à renseigner au niveau de la case intitulée « Indication Attestation médicale ».



Art. 34. Dans le cadre de la demande pour une cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains », conforme à l'article 42 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 35. À défaut d'ordonnance médicale spécifique prévue par les articles 18 à 42 de l'annexe I, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale », conforme à l'article 43 de l'annexe I.

Art. 36. Dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale » conforme aux articles 44 et 45 de l'annexe I. Cette même formule standardisée peut être émise par le médecin dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 37. Dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, le médecin spécialiste désigné comme rapporteur remplit la formule standardisée intitulée « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » conformément aux modalités prévues par l'article 46 de l'annexe I. Cette formule est limitée à une page.

Art. 38. En cas de mise en compte d'indemnités horo-kilométriques dans le cadre du service de remplacement des médecins généralistes dans un centre de permanence, dit « Maison médicale », le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale » conforme à l'article 47 de l'annexe I.

Art. 39. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » comprenant trois volets conforme à l'article 48 de l'annexe I.

Le médecin ne peut attester l'incapacité de travail sans avoir examiné la personne protégée au jour de l'établissement du constat, à moins que celle-ci se trouve en traitement stationnaire hospitalier au jour de la délivrance du constat.

Aucun certificat d'incapacité de travail ne peut être établi en raison du simple fait d'une consultation, d'une visite médicale, de la délivrance d'un acte thérapeutique ou d'un acte d'investigation médicale, à moins que l'acte lui-même n'entraîne une incapacité de travail.



En aucun cas la formule standardisée du constat d'incapacité de travail ne peut être utilisée par le médecin lorsque celui-ci désire attester l'empêchement au travail de la personne protégée résultant soit du simple fait que celle-ci se trouvait en consultation ou en traitement médical soit du fait de la maladie d'un proche dont elle assume la garde ou auquel elle délivre des soins.

Le médecin ayant ordonné l'hospitalisation d'une personne protégée en activité de service qui, empêchée elle-même de gérer cette démarche en raison de son état de santé, doit faire parvenir l'attestation susvisée sans délai à l'administration de l'hôpital en vue de sa transmission immédiate vers la caisse de maladie compétente.

Le médecin indique sur le premier volet le code ICD10 à trois caractères alphanumériques au moins.

Art. 40. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical de congé pour raisons familiales » comprenant trois volets conforme à l'article 49 de l'annexe I.

Art. 41. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé de maternité, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical de congé de maternité » comprenant trois volets conforme à l'article 50 de l'annexe I.

Art. 42. Dans le cadre de déclaration d'un appareil en vue de la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil telle que prévue aux articles 15 et suivants de la nomenclature des actes et services des médecins, le médecin utilise pour un nouvel appareil la formule standardisée intitulée « Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » conforme aux articles 51 et 52 de l'annexe I, ou pour un appareil d'occasion, la formule standardisée intitulée « Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » conforme aux articles 51 et 53 de l'annexe I.

Pour la déclaration de la mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, le médecin utilise la formule standardisée intitulée « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil », prévu aux articles 51 et 54 de l'annexe I.

Chapitre 6. - Modalités du dépassement des tarifs

Art. 43. (1) Le dépassement du tarif d'un acte ou service figurant à la nomenclature des médecins à charge de la personne protégée est autorisé pour une convenance personnelle sollicitée par une personne protégée et peut être mis en compte dans les cas suivants, avec tact et mesure :



- 1° un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis à condition que le rendez-vous ait été respecté par le médecin, à identifier par le code CP1 ;
- 2° un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi matin et donné par un médecin qui travaille du lundi au vendredi, à identifier par le code CP2 ;
- 3° le fait que la personne protégée vient trop tard à son rendez-vous sans fournir d'excuse valable, à identifier par le code CP3.

Peut également être mis en compte, avec tact et mesure, par le médecin qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous :

- 1° le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin n'ont pas été acceptées, à identifier par le code CP4 ;
- 2° l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence, à identifier par le code CP5 ;
- 3° le fait par la personne protégée de se faire attribuer des soins lors d'une consultation ou visite d'urgence telles que celles-ci sont définies dans la nomenclature des actes et services des médecins, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin, à identifier par le code CP6.

Dans le cas de mise en compte de dépassements des tarifs pour convenance personnelle de la personne protégée dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin inscrit sur le mémoire d'honoraires les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5 ou CP6.

Les mémoires d'honoraires indiquent le montant réclamé au titre de convenance personnelle. Cette mention doit être libellée de façon claire pour prévenir des remboursements indus de la part de l'assurance maladie-maternité.

Le fait de ne pas être venu à son rendez-vous sans excuse préalable donne droit à la mise en compte, à titre d'indemnité, d'une consultation normale non remboursable par l'assurance maladie-maternité, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un montant en relation avec le préjudice subi par le médecin, déterminé avec tact et mesure. Le mémoire d'honoraires indique le montant réclamé de la consultation et porte la mention « RV non observé ».

L'indemnité pour non-respect de rendez-vous est due si le rendez-vous n'a pas été annulé 24 heures à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important ainsi que le délai d'annulation applicable sont communiqués à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.



Pour la convenance personnelle « CP5 », l'indemnité pouvant être réclamée est égale à la différence entre le tarif de la consultation ou la visite normale et celui de la consultation ou de la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité.

(2) En cas de traitement stationnaire, le fait que la personne protégée sollicite, à titre de convenance personnelle, de se faire soigner dans une chambre d'hôpital individuelle permet au médecin de majorer l'acte ou service figurant à la nomenclature des médecins presté au lit du malade hospitalisé de soixante-six pour cent (66 %) par rapport au tarif de l'acte ou service figurant à la nomenclature des médecins pour une hospitalisation dans une chambre à deux lits.

Le dépassement pour chambre d'hôpital individuelle n'est pas dû lorsque l'hospitalisation dans une chambre d'hôpital individuelle est nécessaire pour des raisons médicales.

Lorsque la personne protégée occupe, à titre de convenance personnelle, une chambre d'hôpital individuelle pendant une partie de son séjour seulement, la majoration n'est due que pour les actes ou services figurant à la nomenclature des médecins prestés aux journées entières passées dans cette chambre. La journée entière est comptée de minuit à minuit. Toutefois, les actes ou services figurant à la nomenclature des médecins prestés au lit du malade peuvent également être majorés au titre de l'alinéa 1^{er} lorsque l'occupation de la chambre d'hôpital individuelle par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de la délivrance de ces actes ou services.

Lorsque l'hospitalisation ne couvre pas une journée entière, mais que le séjour a lieu en chambre d'hôpital individuelle, la majoration peut être appliquée aux actes ou services figurant à la nomenclature des médecins prestés le jour de l'hospitalisation.

Toutefois, les actes ou services figurant à la nomenclature des médecins prestés en salle d'opération peuvent également être majorés au titre de l'alinéa 1^{er} lorsque l'occupation de la chambre d'hôpital individuelle par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de l'intervention chirurgicale ou de la sortie de la salle de soins intensifs.

La majoration pour chambre d'hôpital individuelle peut être appliquée aux prestations délivrées en salle de soins intensifs au maximum pendant les trois premiers jours y passés, à condition que la personne protégée ait occupé une chambre d'hôpital individuelle avant son admission en soins intensifs. Cette limitation ne s'applique pas lorsque le choix de la chambre d'hôpital individuelle est effectué dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède. Le choix de la convenance personnelle doit être renouvelé après le troisième jour passé en soins intensifs, par écrit, sur un formulaire signé à cet effet par la personne protégée elle-même ou, à défaut, par les membres de sa famille qui s'obligent personnellement dans ce cas.



Chapitre 7. – Modalités de liquidation et de paiement des honoraires

Art. 44. La prise en charge des prestations de soins de santé sous forme de remboursement s'applique aux prestations pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais. La personne protégée règle les honoraires du médecin et le médecin délivre quittance pour le montant reçu.

La prise en charge des prestations de soins de santé sous forme de prise en charge directe est accordée aux prestations pour lesquelles les personnes protégées n'ont pas fait l'avance des frais, sous réserve que les modalités déterminées aux alinéas suivants sont respectées.

Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la prise en charge directe, le médecin transmet à la Caisse nationale de santé les mémoires d'honoraires soit par transmission en bloc, soit par transmission individuelle.

Toute transmission en bloc peut être effectuée par le médecin une fois par mois à la Caisse nationale de santé. Un ensemble de mémoires d'honoraires se compose de mémoires d'honoraires émis en dehors du cas d'indigence de la personne protégée attestée par un office social ou de mémoires d'honoraires émis en cas d'indigence de la personne protégée. Les relevés récapitulatifs contiennent le numéro de chaque mémoire d'honoraires, le numéro d'identification de chaque personne protégée ainsi que le montant total des honoraires demandés.

Pour les mémoires d'honoraires transmis en bloc, la Caisse nationale de santé procède, par virement sur le compte bancaire du médecin, au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois suivant.

La Caisse nationale de santé transmet, pour chaque relevé récapitulatif reçu, au médecin un décompte des prestations de soins de santé payées, contenant le numéro du mémoire d'honoraires, le numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés. Lorsque la Caisse nationale de santé refuse la prise en charge d'un montant d'honoraires figurant sur le relevé récapitulatif reçu, elle indique au médecin les motifs. Les honoraires contestés peuvent être reproduits sur un relevé récapitulatif ultérieur du médecin dès que le motif de contestation a cessé.



Dans le cadre de la transmission individuelle des mémoires d'honoraires sous forme de prise en charge directe, la réception des données et informations figurant sur le mémoire d'honoraires par la Caisse nationale de santé déclenche le processus de paiement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie-maternité au médecin. Ce paiement intervient dans les quarante-huit heures à compter de la réception des données et informations figurant sur le mémoire d'honoraires ou au plus tard le premier jour ouvrable suivant lorsque ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié. Lorsque la Caisse nationale de santé refuse la prise en charge d'un montant d'honoraires figurant sur le mémoire d'honoraires reçu, elle indique au médecin les motifs.

Art. 45. En cas d'indigence de la personne protégée au sens de l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, le tarif intégral de l'acte ou service mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins est payé au médecin par la Caisse nationale de santé.

Art. 46. Le paiement effectué sous forme de prise en charge directe conformément à l'article 44, alinéa 2 est libératoire si la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi modifiée du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard.

Les intérêts sont calculés sur le montant des mémoires d'honoraires visés à l'article 44, alinéa 3 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Chapitre 8. – Modalités de l'application rétroactive de la lettre-clé revalorisée

Art. 47. Dans le cadre de la revalorisation biennale de la valeur de la lettre-clé des médecins, un facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé est fixé conformément aux articles 67, 68, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale. Ce facteur s'applique à la période courant du 1^{er} janvier de l'exercice N au 31 décembre de l'exercice N+1.

En cas d'application tardive du facteur d'adaptation, un facteur de rattrapage temporaire est appliqué afin de compenser la mise en vigueur différée de l'adaptation. Ce facteur s'applique à compter du 1^{er} du mois de la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1.

La masse des coefficients retenue pour chaque mois des exercices N et N+1 est égale à 1.



La valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée est obtenue en multipliant la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 applicable au 31 décembre de l'exercice N-1 par le facteur d'adaptation.

Le volume « négocié » désigne le volume généré sous l'hypothèse d'une mise en application du facteur d'adaptation au 1^{er} janvier de l'exercice N. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période allant du 1^{er} janvier de l'exercice N au 31 décembre de l'exercice N+1, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le volume « appliqué » désigne le volume généré par une mise en application tardive du facteur d'adaptation. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période comprise entre le 1^{er} janvier de l'exercice N et le mois précédant le mois de la mise en application du facteur d'adaptation, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 applicable au 31 décembre de l'exercice N-1, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le volume « à redresser » désigne le volume généré par la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période comprise entre le 1^{er} du mois de la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le facteur de rattrapage temporaire correspond à la différence entre le volume « négocié » et le volume « appliqué », divisée par le volume « à redresser ».

Chapitre 9. – Médication économique

Art. 48. Les prestations à charge de l'assurance maladie-maternité délivrées par le médecin ou accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales sont soumises au principe de la médication économique.

Toutes ces prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé de la personne protégée, ne pas dépasser ce qui est utile et nécessaire, être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. Elles sont prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée.



Nonobstant le principe de la médication économique, les médecins assurent à chaque personne protégée une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée à son état de santé, fondée sur l'état actuel de la science médicale et visant à lui garantir la prise en charge la plus efficace et efficiente au meilleur coût et avec le moindre risque iatrogénique.

Art. 49. La médication économique se fonde sur :

- 1° des avis et expertises du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- 2° des avis et expertises de la Cellule d'expertise médicale ;
- 3° des recommandations, avis ou référentiels élaborés ou reconnus par le Conseil scientifique du domaine de la santé ;
- 4° des recommandations scientifiques européennes ou internationales, des conférences de consensus et des consensus formalisés d'experts, pour autant qu'ils soient publiés, méthodologiquement documentés et fondés sur des données scientifiques identifiables ;
- 5° pour les médicaments, des indications, contre-indications, conditions d'utilisation et données de sécurité issues de l'autorisation de mise sur le marché et du résumé des caractéristiques du produit, ainsi que des indications thérapeutiques reconnues, des conditions de prise en charge et des informations figurant sur la liste positive des médicaments publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 50. Les rapports d'activité des médecins sont établis par la Caisse nationale de santé pour des périodes d'observation déterminées. Ils comprennent, en fonction de la nature de l'activité concernée, les éléments suivants :

- 1° le nombre, la nature, la fréquence et le coût des actes et services prestés par le médecin ;
- 2° le nombre, la nature, la fréquence et le coût des prescriptions médicales émises par le médecin ;
- 3° les délivrances ou les prestations faisant suite aux prescriptions médicales émises par le médecin ;
- 4° les certificats d'incapacité de travail établis par le médecin ;
- 5° les hospitalisations liées à l'activité du médecin.

Art. 51. Les modalités d'établissement des rapports d'activité portant sur les certificats d'incapacité de travail sont établies sur la base de la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail, calculée conformément aux alinéas suivants.

Par médecin, il est établi un indicateur mettant en relation l'activité de prescription de certificats d'incapacité de travail, exprimée par le nombre de certificats d'incapacité de travail émis et l'activité de prestation, exprimée par le nombre de séances.



Le rapport entre le nombre de certificats d'incapacité de travail émis et le nombre de séances représente, pour chaque médecin, la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail par séance par rapport au nombre total de séances.

Est considérée comme « séance », au sens de la présente disposition, tout contact journalier physique entre un médecin et une personne protégée ayant engendré la mise en compte d'au moins un acte ou service de la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie-maternité ou l'assurance accident ou ayant occasionné la délivrance de prestations à charge de l'assurance maladie-maternité ou de l'assurance accident. Le dénombrement des séances est effectué en fonction de la date de prestation desdites séances.

Aux fins de l'établissement des rapports d'activité portant sur les certificats d'incapacité de travail, les champs suivants sont pris en compte :

- 1° Les personnes protégées considérées sont celles exerçant une activité rémunérée et pour lesquelles un certificat d'incapacité de travail a été émis ;
- 2° Les médecins considérés sont ceux ayant presté, au cours de l'année considérée, au moins cent séances pour des personnes protégées considérées ;
- 3° Les certificats d'incapacité de travail considérés sont ceux émis par les médecins considérés et introduits auprès de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale. Le dénombrement des certificats d'incapacité de travail est effectué en fonction de la date d'établissement desdits certificats d'incapacité de travail.

La fréquence de séances avec émission de certificat d'incapacité de travail par rapport au nombre total de séances doit être inférieure à 50%. Le nombre total de certificats d'incapacité de travail émis doit être supérieur à deux tiers de la moyenne des certificats d'incapacité de travail émis par les médecins pour être considéré dans les rapports d'activité.

Chapitre 10. – Les rapports avec le médecin référent

Art. 52. La relation entre le médecin référent et la personne protégée est conclue par l'établissement d'une déclaration du médecin référent. Celle-ci est constatée par écrit et renseigne :

- 1° les nom, prénom, code prestataire et cachet du médecin référent ;
- 2° les nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée ;
- 3° les date et signature du médecin référent et de la personne protégée.

Le cas échéant, la déclaration du médecin référent peut être signée par un représentant légal de la personne protégée ou par une personne dûment habilitée en vertu de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.



Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder au contenu de son dossier de soins partagé et déclare accepter que la Caisse nationale de santé verse, dès la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, au dossier de soins partagé un résumé des prestations tel que spécifié à l'article 52.

Par la signature de la déclaration du médecin référent, le médecin référent s'engage à utiliser dans ses relations avec la Caisse nationale de santé et la personne protégée et se rapportant au dispositif du médecin référent exclusivement les formulaires spécifiés dans les annexes II à V.

Le modèle-type de la déclaration du médecin référent et reprenant la déclaration de la ou des affectations de longue durée figure à l'annexe II et peut être téléchargé à partir du site de la Caisse nationale de santé. L'affectation de longue durée la plus significative est à renseigner en premier lieu.

Pour être opposable à l'assurance maladie-maternité, la déclaration du médecin référent doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard avant la fin du troisième mois qui suit la date de la signature de la déclaration. Le médecin référent remet une copie de la déclaration du médecin référent à la personne protégée.

Art. 53. Dès réception de la déclaration du médecin référent, la Caisse nationale de santé procède au contrôle du dossier. Après validation, la Caisse nationale de santé génère un numéro de déclaration du médecin référent unique qu'elle communique au médecin référent et à la personne protégée. La déclaration du médecin référent prend effet le premier jour du mois qui suit sa validation par la Caisse nationale de santé.

L'existence de la relation avec le médecin référent est communiquée par la Caisse nationale de santé à l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, visée à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale.

À partir de la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, la Caisse nationale de santé verse semestriellement au dossier de soins partagé de la personne protégée un résumé des prestations prises en charge par les assurances maladie-maternité, accident et dépendance des trois dernières années.

Art. 54. Dans les trois mois qui suivent la date de la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, le médecin référent intègre dans le dossier de soins partagé un résumé patient tel que spécifié à l'annexe III. À la demande de la personne protégée, le médecin référent lui explique le contenu du résumé patient et lui remet, sans mise en compte de frais supplémentaires, une copie de celui-ci.



Le médecin référent a l'obligation de mettre à jour le résumé patient dans le dossier de soins partagé visé à l'article 60^{quater} du Code de la sécurité sociale lors de chaque contact avec la personne protégée. Le médecin référent inscrit à ce moment dans le résumé patient tout nouvel élément clinique ou thérapeutique pertinent en relation avec l'état de santé de la personne protégée et utile à la coordination des soins entre professionnels de santé.

Art. 55. Le médecin référent établit les années paires avant le 31 juillet un relevé tel que spécifié dans l'annexe IV et indiquant par personne protégée :

- 1° le numéro de déclaration du médecin référent ;
- 2° la ou les affections de longue durée reprise(s) à l'article 20 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et dont la personne protégée est atteinte en date du 1^{er} juillet des années paires.

Le relevé est transmis via la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé à la Caisse nationale de santé.

L'utilisation des données déclarées à la Caisse nationale de santé en relation avec les affections de longue durée se limite exclusivement à des fins de facturation et de contrôle pour les besoins de la Caisse nationale de santé.

Art. 56. La mise en compte du forfait du médecin référent est soumise aux conditions suivantes :

- 1° le résumé patient est mis à jour conformément à l'article 54 et au minimum une fois au cours des 6 mois précédant la date de la mise en compte ;
- 2° après la déclaration initiale d'une ou plusieurs affectations de longue durée de la personne protégée, le relevé biennal de l'affection de longue durée est communiqué à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 55. Par dérogation, la mise en compte du forfait se rapportant à une relation avec le médecin référent avec prise d'effet entre le 1^{er} août et le 30 juin de l'année paire suivante est exclusivement conditionnée par l'attribution d'un numéro de déclaration du médecin référent.

Les honoraires spécifiques dans le cadre du dispositif du médecin référent tels que prévus par la nomenclature des actes et services des médecins sont pris en charge en application du système de prise en charge directe.



Lorsqu'il est mis fin à la relation avec le médecin référent conformément au règlement grand-ducal modifié du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent, la mise en compte du forfait du médecin référent pour la période entamée est honorée à la fin de celle-ci si les conditions reprises à l'alinéa 1^{er} sont remplies à la date de la fin de la relation avec le médecin référent.

Art. 57. Les modèles-types de révocation prévus à l'annexe V peuvent être téléchargés à partir du site de la Caisse nationale de santé.

Chapitre 11 – Entrée en vigueur

Art. 58. Le présent règlement entre en vigueur le 31 octobre 2026.

Art. 59. Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Annexe I Cahier des charges (médecins) : dispositions techniques pour les formules standardisées relatives à la transmission et circulation des données et informations

Titre I : Le code-barres

Art. 1. Pour les mémoires d'honoraires, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
5	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
6	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
7	Acquitté (booléen)	Q	1 si mémoire d'honoraires acquitté, 0 si non
8	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
9	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés au document principal
10	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes du document principal
11	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type mémoires d'honoraires
DMMHRBT01	Remboursement
DMMHTB01	Prise en charge directe par transmission en bloc
DMMHTBI01	Prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée
DMMHTI01	Prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 2. Pour les relevés récapitulatifs dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence

3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre de pages	NP	Nombre de pages de la formule standardisée
7	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
8	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes de la formule standardisée
9	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc
DMRTB01	Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc
DMRTBI01	Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée

Art. 3. Pour les ordonnances médicales, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
5	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
6	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
7	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
8	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
9	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes de la formule standardisée
10	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type ordonnance
DMOLAB01	Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique
DMOKIN01	Ordonnance médicale : Kinésithérapie
DMOINF01	Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers
DMOPTH01	Ordonnance médicale : Psychothérapie
DMODIE01	Ordonnance médicale : Diététique
DMOORT01	Ordonnance médicale : Orthophonie
DMOSAF01	Ordonnance médicale : Actes et services des sage-femmes
DMOREE01	Ordonnance médicale : Psychomotricité
DMOPDS01	Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux
DMOTES01	Ordonnance médicale : Transport en série
DMOTSA01	Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance
DMODS01	Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance
DMOLUN01	Ordonnance médicale : Aides visuelles
DMOVC01	Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention
DMODIA01	Ordonnance médicale : Pied diabétique
DMODCA01	Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive
DMOPR101	Ordonnance médicale : Demande d'un rapport détaillé au médecin traitant (R1)
DMOTPR01	Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle
DMOTPA01	Ordonnance médicale : Transfert d'un patient
DMOTAE01	Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger
DMOCTM01	Ordonnance médicale : Demande pour cure thermique et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains
DMOMED01	Ordonnance médicale

Art. 4. Pour les demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
5	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
6	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ

7	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale
DMCMSS01	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 5. Pour les feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP), le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
5	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
6	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
7	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type RCP
DMRCPND01	Feuille de présence de la RCP : Nouveau diagnostic
DMRCPFU01	Feuille de présence de la RCP : Follow-up

Art. 6. Pour le décompte des indemnités horokilométriques, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence

3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
7	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type indemnités horokilométriques
DMDIHK01	Décompte des indemnités horokilométriques

Art. 7. Pour les certificats d'incapacité de travail, les certificats médicaux de congé pour raisons familiales et pour les certificats médicaux de congé de maternité, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Matricule du patient ⁽¹⁾⁽²⁾ ou du parent ⁽³⁾	M	Matricule sur 13 positions
5	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
6	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
7	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type de certificat
DMCMAL01 ⁽¹⁾	Certificat de maladie ou d'accident
DMCMAT01 ⁽²⁾	Certificat de congé maternité
DMCRF01 ⁽³⁾	Certificat de congé pour raisons familiales

Art. 8. Pour les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant Agence de la formule standardisée	AGI	UUID de la formule standardisée utilisé par l'Agence
3	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
4	Code prestataire déclarant	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
7	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes de la formule standardisée
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMACN01	Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMACO01	Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMCEA01	Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Titre II : Description des formules standardisées

Chapitre I : Facturation

Section 1 : Mémoires d'honoraires

Art. 9. La mise en page du mémoire d'honoraires doit correspondre aux modalités suivantes :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	90,0*52,5	Arial 14 Bold pour nom / prénom du prestataire Arial 11 justifié gauche pour le reste	Nom prestataire ou de dénomination l'association*	Le nom du prestataire peut être précédé de l'abréviation « Dr » ou tout autre titre dont il peut se prévaloir.
			Prénom prestataire	Obligatoire sauf association.
			Titre prestataire	« Docteur » ou tout titre dont le prestataire peut se prévaloir.
			Adresse prestataire 1 ^{ère} ligne	
			Adresse prestataire 2 ^e ligne	
			Adresse prestataire 3 ^e ligne*	Numéro et rue du prestataire.
			Adresse prestataire 4 ^e ligne*	Code pays - code postal - localité.
			Téléphone prestataire	
			Fax prestataire	
			E-mail prestataire	
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
C	25,0*6,0	Arial 11 justifié droite	N° de page	Obligatoire si la formule standardisée fait plusieurs pages.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 1 (20mm*20mm)
E	90,0*20,0	Arial 11 justifié gauche	Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
			Nom patient*	
			Prénom patient*	
			Numéro de l'accident	Numéro de l'accident tel qu'attribué par l'Association d'assurance accident.
			Date accident patient	Date : JJ/MM/AAAA
F	101,0*35,0	Arial 8	Adresse de retour	Adresse du prestataire
			Nom destinataire	

		Arial 11 (fenêtre adresse de l'enveloppe)	Prénom destinataire	
			Adresse destinataire 1 ^{ère} ligne	
			Adresse destinataire 2 ^e ligne	
			Adresse destinataire 3 ^e ligne	Numéro et rue du destinataire.
			Adresse destinataire 4 ^e ligne	Pour les adresses au Luxembourg Code pays - code postal –LOCALITÉ. Pour les adresses à l'étranger Code postal - LOCALITÉ
			Adresse destinataire 5 ^e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
G	191,0*13,0	Arial Bold	N° Mémoire d'honoraires*	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
			Date d'établissement*	Date : JJ/MM/AAAA
H	191,0*8,5	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone H/I	
	6,0*6,0	Arial 8	N° ligne*	Numéro de ligne.
	4,5*6,0		Numéro de séance - Colonne S	Numéro de séance du même jour. Obligatoire à partir de la deuxième séance.
	11,5*6,0		Lieu d'exécution* - Colonne L	Cf. article 10
	18,0*6,0		Code prestataire exécutant	Code à 8 positions attribué par la CNS. Obligatoire en cas de facturation via code prestataire commun. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	16,0*6,0		Date (du) DENT - Col 1*	Date : JJ/MM/AA
	16,0*6,0		Date (au) DENT - Col 2	Date : JJ/MM/AA Heure : hh:mm Les médecins inscrivent les dents et les faces traités suivant la numérotation et codification détaillées en dessous de ce tableau.

				Les médecins remplissent la case « DENT » conformément à l'article 11.
	22,0*6,0		Code de l'acte prescrit *	10 positions, incluant les préfixes et suffixes. Aucun espace vide (ou comparable) ne doit séparer le code de l'acte des préfixes ou des suffixes signalant une majoration ou une réduction du tarif dans les cas prévus par la nomenclature. Chaque ligne ne peut recevoir qu'un seul tarif. Il ne peut être cumulé aucun code de la nomenclature avec des codes exprimant des honoraires perçus pour convenance personnelle ou pour des actes de pratique courante en matière d'analyses médicales. Toutes les lignes de la zone H ne peuvent contenir que les codes acte d'une seule et même nomenclature.
	72,0*6,0		Libellé de l'acte prescrit	Libellé de l'acte.
	8,0*6,0		Nombre*	Nombre d'actes prestés.
I	18,5*6,0		Montant Brut Acte*	
	4,5*6,0		Largeur zone Devise*	En « EUR ».
J	135,0*36,0	Arial 10	Acquitté	
			Date acquittement	Date : JJ/MM/AAAA
			Signature et cachet du prestataire	Signature du prestataire
K	33,0	Arial justifié gauche	8	Largeur Intitulés zone K
	18,5*6,0	Arial justifié droite	8	Sous-total
			8	Report autres pages
				Libellé de chaque ligne. Obligatoire en cas de mémoire d'honoraires à plusieurs pages. Somme des sous-totaux des pages précédentes. Obligatoire en cas de mémoire d'honoraires à plusieurs pages.

		Arial 8 Bold justifié droite	Total*	
		Arial 8 justifié droite	Acompte à déduire	Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle à remplacer par « Part caisse de maladie* ».
		Arial 8 justifié droite		Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, à remplacer par « Part patient payée* ». À défaut d'application de la prise en charge directe par transmission individuelle, cette case reste vide.
		Arial 8 Bold justifié droite	A PAYER*	En capitales. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, correspond d'office à 0,00 €.
	4,5*6,0	Arial 8 Centré	Largeur zone Devise	
L	191,0*70,0		Texte libre virement	Coordonnées bancaires / réf. virement / ... Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, la mention suivante doit figurer en Arial 14 Bold centré dans cette zone : « !!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!! »
M	42,5*6,0	Arial 8 justifié gauche	Méd. prescripteur	Code prestataire prescripteur 8 positions, code attribué par la CNS. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	46,0*6,0		Date ordonnance	Date : JJ/MM/AAAA
	46,0*6,0		N° d'ordonnance	10 positions.
	56,5*6,0		N° du titre	15 positions, code attribué par la CNS.
	42,5*6,0		N° de l'Office social	Numéro d'identification de l'office social émetteur de

				l'attestation de prise en charge dans le cadre de l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Ce numéro d'identification ne peut être inscrit par le médecin que si le patient lui présente une attestation en cours de validité pour la date des prestations mises en compte.
	46*6,0		Complément d'information	Les compléments d'informations pouvant être ajoutés par le prestataire pour fluidifier la prise en charge.
	102,5*6,0		Identifiant CNS appareil	15 positions, code attribué par la CNS.
N	191,0*7,5	Arial Centré 7	Mention légale*	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/ . »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 10. Conformément à l'article 12, paragraphe 3 du règlement grand-ducal, le code du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé doit être indiqué dans la zone H, colonne L du mémoire d'honoraires, en se basant sur la liste suivante :

Code	Liste des lieux d'exécution des prestations de soins de santé
	Milieu extrahospitalier
01	Cabinet médical
02	Visite à domicile ou au lieu de séjour de la personne protégée
	Milieu hospitalier ambulatoire
05	Traitement hospitalier ambulatoire
06	Service national « Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque »
07	Service national « Chirurgie pédiatrique »

08	Service national « Chirurgie plastique »
09	Service national « Hémato-oncologie »
10	Service national « Immuno-allergologie »
11	Service national « Maladies infectieuses »
12	Service national « Médecine de l'environnement »
13	Service national « Néonatalogie intensive »
14	Service national « Néphrologie »
15	Service national « Neurochirurgie »
16	Service national « Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) »
17	Service national « Ophtalmologie »
18	Service national « Pédiatrie spécialisée »
19	Service national « Psychiatrie infantile »
20	Service national « Psychiatrie juvénile »
21	Service national « Soins intensifs pédiatriques »
22	Service national « Radiothérapie »
23	Service national « Rééducation fonctionnelle »
24	Service national « Réhabilitation physique »
25	Service national « Réhabilitation post-oncologique »
26	Service national « Réhabilitation psychiatrique »
27	Service national « Hospitalisation de longue durée médicale »
28	Service national « Hospitalisation de longue durée psychiatrique »
29	Service national « Procréation médicalement assistée »
30	Service national « Urgence pédiatrique »
	Milieu hospitalier stationnaire
31	Traitement hospitalier stationnaire
32	Service national « Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque »
33	Service national « Chirurgie pédiatrique »
34	Service national « Chirurgie plastique »
35	Service national « Hémato-oncologie »
36	Service national « Immuno-allergologie »
37	Service national « Maladies infectieuses »
38	Service national « Médecine de l'environnement »

39	Service national « Néonatalogie intensive »
40	Service national « Néphrologie »
41	Service national « Neurochirurgie »
42	Service national « Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) »
43	Service national « Ophtalmologie »
44	Service national « Pédiatrie spécialisée »
45	Service national « Psychiatrie infantile »
46	Service national « Psychiatrie juvénile »
47	Service national « Soins intensifs pédiatriques »
48	Service national « Radiothérapie »
49	Service national « Rééducation fonctionnelle »
50	Service national « Réhabilitation physique »
51	Service national « Réhabilitation post-oncologique »
52	Service national « Réhabilitation psychiatrique »
53	Service national « Hospitalisation de longue durée médicale »
54	Service national « Hospitalisation de longue durée psychiatrique »
55	Service national « Procréation médicalement assistée »
56	Service national « Urgence pédiatrique »
57	Service hôpital de jour
58	Rééducation
59	Psychiatrie
60	Transfert

Les codes repris par le tableau ci-dessus sont complétés comme suit en fonction de l'établissement hospitalier, respectivement du site hospitalier auquel la ou les prestations ont eu lieu :

Etablissement hospitalier	Site hospitalier	Code
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	Esch-sur-Alzette	A1
	Dudelange	A2
	Niederkorn	A3
Centre Hospitalier de Luxembourg	Centre	B1
	Maternité	B3
	Kannerklinik	B4
	Eich	B2
	Potaschberg	B5

	Grevenmacher	B6
Hôpitaux Robert Schuman	Hôpital Kirchberg	C1
	Clinique privée Dr E. Bohler	C2
	Zithaklinik	C3
	Clinique Ste Marie	C4
	Cloche d'Or	C5
Centre Hospitalier du Nord	Ettelbruck	D1
	Wiltz	D2
	Diekirch	D3
	Manternach	D4
	Useldange	D5
	Luxembourg	D6
	Putscheid	D7
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle		E1
Centre François Baclesse		F1
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation		G1
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique au Luxembourg		H1
Hôpital Intercommunal de Steinfort		I1
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach		J1
Mondorf Domaine Thermal		K1
Maison Omega		L1
Laboratoire national de santé		M1

Art. 11. Les médecins remplissent la case « DENT », au niveau de la zone H, conformément à la numérotation et à la codification suivantes :

Dents définitives

<u>Dents côté droit</u>										<u>Dents côté gauche</u>							
MS																	
10										20							
					CS												
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
					CI												
40										30							
MI																	

(Vue sur le patient)

Dents de lait

<u>Dents côté droit</u>						<u>Dents côté gauche</u>					
MS											
50						60					
			CS								
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
			CI								
80						70					
MI											

(Vue sur le patient)

Les dents éventuellement surnuméraires sont appelées par le code de la dent qui précède immédiatement cette dent surnuméraire en y rajoutant le préfixe 9. Ces dents ont donc un code composé de trois chiffres.

En cas de présence de mésiodens le préfixe 0 est ajouté. Suivant qu'une mésiodens apparaît en denture de lait ou en denture définitive il y a lieu de prévoir les codes possibles suivants : 011/021/031/041/051/061/071/081.

Dans le cas où il existe plusieurs dents surnuméraires dans le même site, le médecin utilise pour chaque dent surnuméraire supplémentaire le même code et indique le nombre de dents en question.

L'indication de l'hémi-maxillaire se fait par l'indication des nombres 10/20/30/40/50/60/70/80.

Les faces qui décrivent l'emplacement d'obturation sont identifiées comme suit :

M	Face mésiale
D	Face distale
O	Face occlusale
P	Face palatinale
L	Face linguale
V	Face vestibulaire
C	Collet

Le code face est inscrit sans discontinuité après le numéro de la dent traitée.

Pour les prestations (p.ex. rebasage), qui concernent tout un maxillaire (et non une dent), le médecin indique dans la case « DENT » « MS » pour le maxillaire supérieur et « MI » pour le maxillaire inférieur (en lieu et place du code « dent »). Pour les prestations qui concernent les positions de canine à canine, le médecin indique dans la case « DENT » « CS » pour les canines supérieures et « CI » pour les canines inférieures (en lieu et place du code « DENT »).

Art. 12. Dans les cas où le prestataire établit un mémoire d'honoraires sur plusieurs pages, comportant chacune dix lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) Les pages suivant la première page ont la même structure que la première page, définie à l'article 9 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages ;
- 3) La zone K sur toutes les pages à l'exception de la dernière page ne contient que le sous-total ;
- 4) Le champ « Report » se trouve sur toutes les pages à l'exception de la première page, zone K, et reprend la somme des sous-totaux des pages précédentes ;
- 5) Les zones J, L et M figurent uniquement sur la dernière page, sauf dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle.

Section 2 : Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc

Art. 13. La mise en page du relevé récapitulatif accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, conformément à l'article 13 du règlement grand-ducal, doit correspondre aux modalités suivantes :

A				B																																																																																																																																		
C																																																																																																																																						
D			G																																																																																																																																			
E		F																																																																																																																																				
H																																																																																																																																						
I																																																																																																																																						
J																																																																																																																																						
Signature du prestataire			<réservé CNS>																																																																																																																																			
K			L																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">N° d'ordre</th> <th style="width: 40%;">N° Mémoire d'honoraires</th> <th style="width: 20%;">Matricule patient</th> <th style="width: 10%;">Montant</th> <th style="width: 20%;">Réservé à la CNS</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule patient	Montant	Réservé à la CNS	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20					21					22					23					24					25				
N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule patient	Montant	Réservé à la CNS																																																																																																																																		
1																																																																																																																																						
2																																																																																																																																						
3																																																																																																																																						
4																																																																																																																																						
5																																																																																																																																						
6																																																																																																																																						
7																																																																																																																																						
8																																																																																																																																						
9																																																																																																																																						
10																																																																																																																																						
11																																																																																																																																						
12																																																																																																																																						
13																																																																																																																																						
14																																																																																																																																						
15																																																																																																																																						
16																																																																																																																																						
17																																																																																																																																						
18																																																																																																																																						
19																																																																																																																																						
20																																																																																																																																						
21																																																																																																																																						
22																																																																																																																																						
23																																																																																																																																						
24																																																																																																																																						
25																																																																																																																																						
M																																																																																																																																						
N																																																																																																																																						

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	191,0*15,0	Arial 14 Bold Centré	Relevé récapitulatif des mémoires d'honoraires*	Titre
B	25,0*6,0	Arial 9 aligné droite	N° de page	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.
C	191,0*10,0	Arial 12 Centré	Type du relevé récapitulatif*	1 « Prise en charge directe par transmission en bloc » 2 « Prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée »
D	151,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Médecin	NOM et prénom du prestataire.
E	81,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
F	70,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	N° du relevé récapitulatif*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
G	40,0*40,0		Zone réservée à la CNS*	Contient le n° du relevé récapitulatif attribué par la CNS et la date d'entrée à la CNS.
H	151,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Nombre de mémoires d'honoraires présentés*	Indication du nombre total de mémoires d'honoraires présentés.
I	151,0*8,0		Montant total des mémoires d'honoraires*	Indication du montant total des mémoires d'honoraires.
J	151,0*8,0		Date*	Date de signature du relevé récapitulatif. Date : JJ/MM/AAAA
K	70,0*35,0	Arial 9 Centré aligné haut	Signature* et cachet du prestataire	Signature du prestataire
L	40,0*35,0	Arial 9 Bold aligné gauche	Zone réservée à la CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 2 (20mm*20mm)
M	186,5*8,0	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone M	
	15,5*6,0	Arial 8 Centré	Numéro d'ordre*	Un numéro d'ordre par mémoire d'honoraires présenté. Le numéro d'ordre figure uniquement sur le

				relevé récapitulatif et n'est pas reporté sur les mémoires d'honoraires respectifs.
	84,5*6,0	Arial aligné gauche 8	N° Mémoire d'honoraires*	10 positions alphanumériques et correspondant au numéro du mémoire d'honoraires.
	31,0*6,0		Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA.
	20,0*6,0	Arial aligné droite 8	Montant*	Montant brut total d'un mémoire d'honoraires. En « EUR ».
	40,0*6,0		Zone réservée à la CNS*	
N	78,5*10,0	Arial 8 Bold aligné droite	MONTANT TOTAL DES MEMOIRES D'HONORAIRES*	Indication du montant total des mémoires d'honoraires.
	20,0*10,0			

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 14. Dans les cas où le prestataire établit un relevé récapitulatif sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La première page est définie à l'article 13, à l'exception de la zone N ;
- 2) La zone N sur toutes les pages ne contient que le sous-total ;
- 3) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages ;
- 4) Ajout du numéro du relevé récapitulatif sur toutes les pages à l'exception de la première page, zone O.
- 5) Le code-barres ne se trouve que sur la première page.

Pour la version à plusieurs pages, les zones A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L et M ne changent pas.

La zone N est modifiée comme suit :

N	78,5*10,0	Arial 8 Bold aligné droite	Sous-total*	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.
	20,0*10,0			

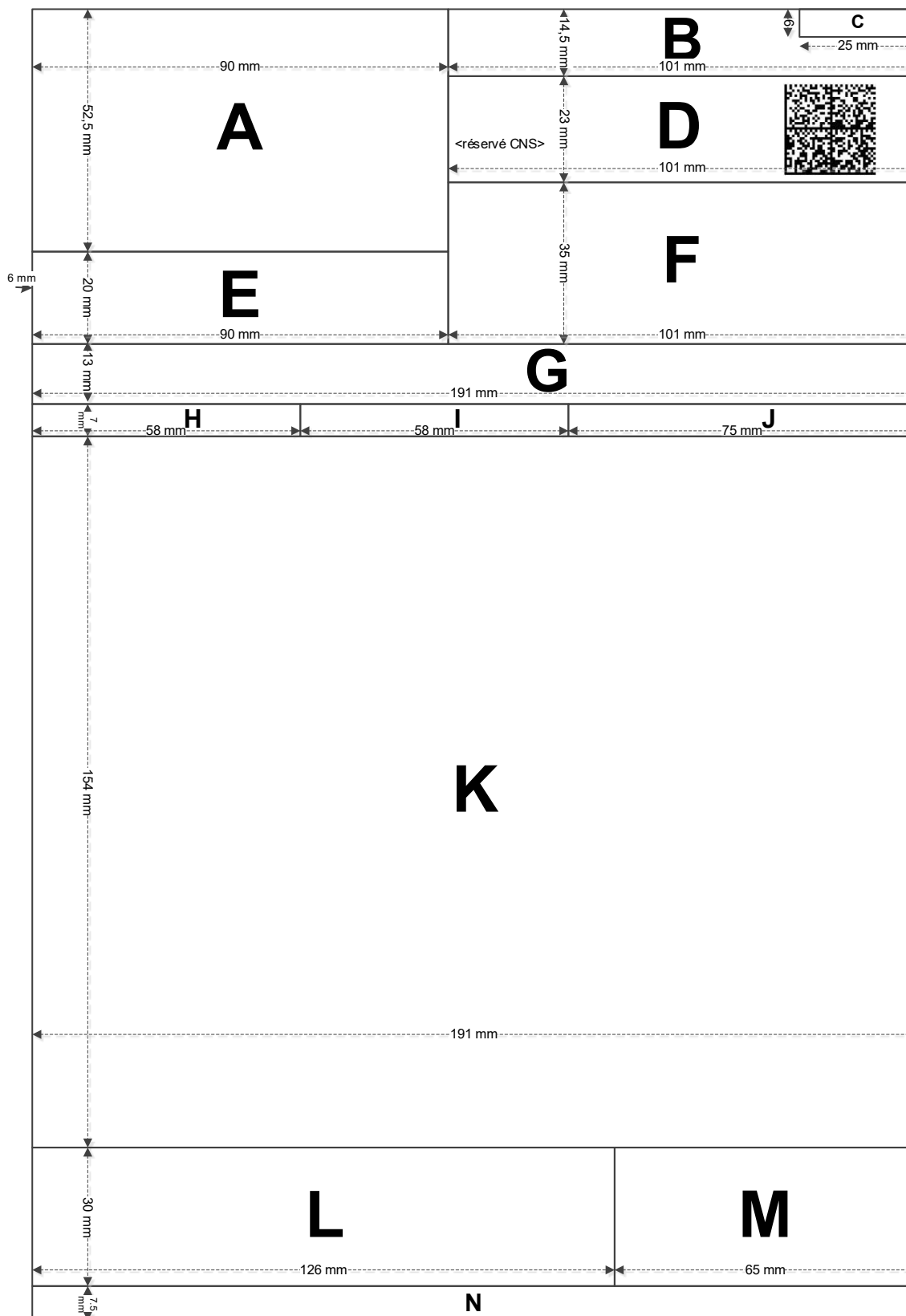
Art. 15. Conformément à l'article 44 du règlement grand-ducal, et en cas de transmission numérique de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la CNS transmet par voie numérique une confirmation d'exploitabilité du relevé récapitulatif au prestataire lorsque les données reçues sont exploitables par la CNS. Dans le cas contraire, une information indiquant les motifs de non-exploitabilité des données est retournée au

prestataire. La confirmation d'exploitabilité confirme l'exploitabilité des données au jour de la réception de celles-ci par la CNS, jour qui sert de point de départ au calcul du délai de paiement prévu à l'article 46 du règlement grand-ducal.

Chapitre II : Ordonnances médicales

Section 1 : Généralités relatives aux ordonnances médicales

Art. 16. La mise en page de l'ordonnance médicale doit correspondre aux modalités suivantes :



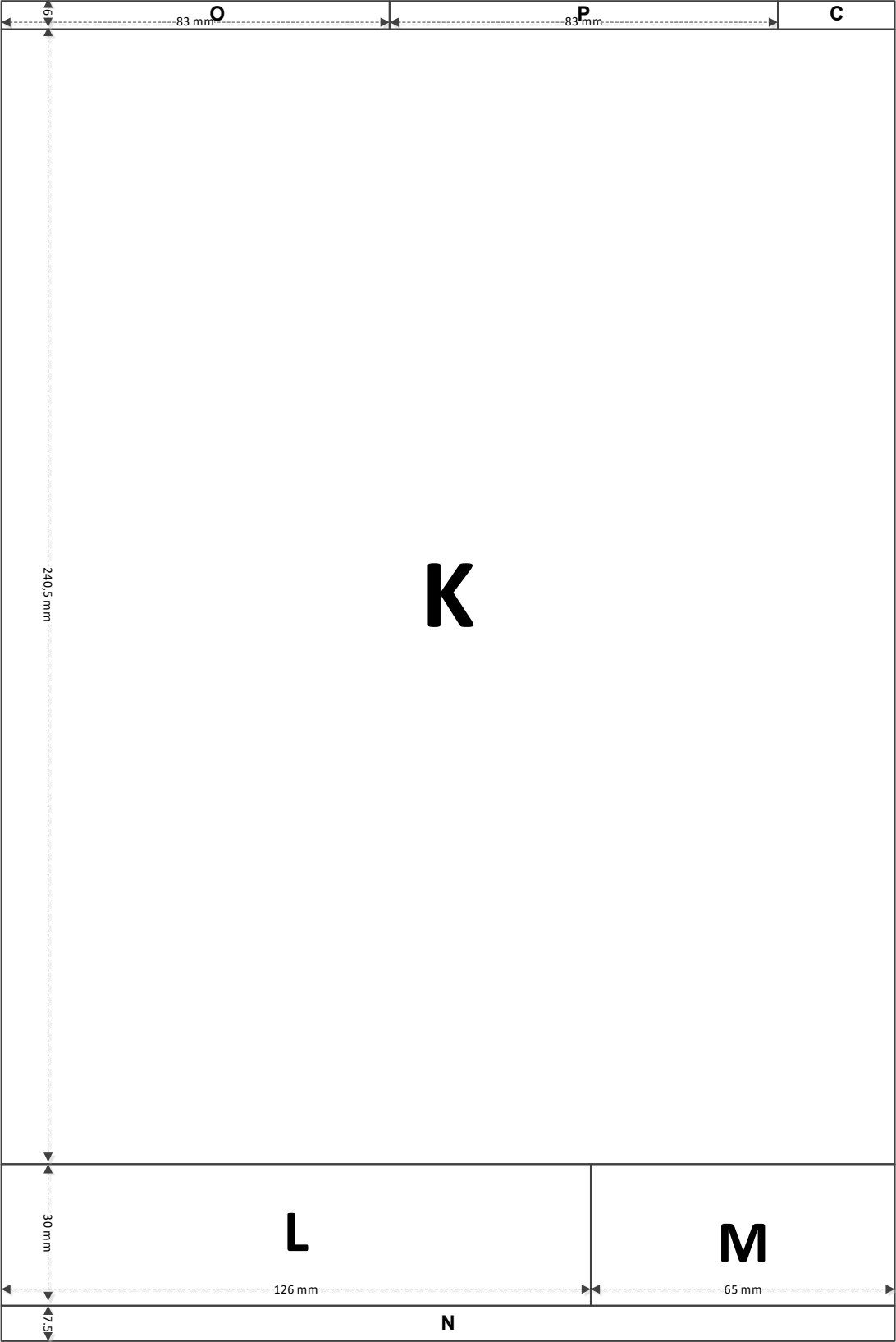
Les zones A, C, E, F et N sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire prescripteur*	Le code prestataire du prestataire émetteur (8 positions, code attribué par la CNS). Il ne peut pas s'agir d'un code prestataire commun.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 3 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial Bold 14	Intitulé de l'ordonnance médicale*	Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 18 - 43.
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	A défaut, les prestations ou fournitures ne sont pas opposables à l'assurance maladie.
I	58*7,0	Arial 9	Date d'expiration	Conformément aux dispositions des statuts de la CNS.
J	75,0*7,0	Arial 9	N° d'ordonnance*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
K	191,0*154	Arial 9	Zone de prescription*	Cette zone est réservée au médecin pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 18 - 43. Chaque prescription distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une prescription valable d'actes, services ou fournitures.
L	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre à destination de la personne protégée ou du prestataire exécutant.
M	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 17. La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages, telles que prévues aux articles 19, 28, 34 et 36 doit correspondre aux modalités suivantes :

La première page correspond aux modalités décrites à l'article précédent. Les pages suivantes correspondent aux modalités suivantes :



Les zones L, M et N sont identiques à celles prévues sur la première page de l'ordonnance.

K	191,0*240,5	Arial 9	Zone prescription* de	Cette zone est réservée au prestataire pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 18 - 43. Chaque prescription distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une prescription valable d'actes, services ou fournitures.
O	83,0*6,0	Arial 9	N° d'ordonnance*	Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages. 10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
P	83,0*6,0	Arial 9	Matricule patient*	Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages. 13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA

Section 2 : Types d'ordonnances médicales

Art. 18. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	38,2*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	38,2*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jours(s) / semaine(s) / mois)
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	191,0*7,0	Arial 9	Justification médicale	Obligatoire dans les cas où la nomenclature l'exige.
9	191,0*7,0	Arial 9	Examen(s) réalisé(s) à des fins scientifiques	La case est à cocher si les examens sont réalisés à des fins scientifiques.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

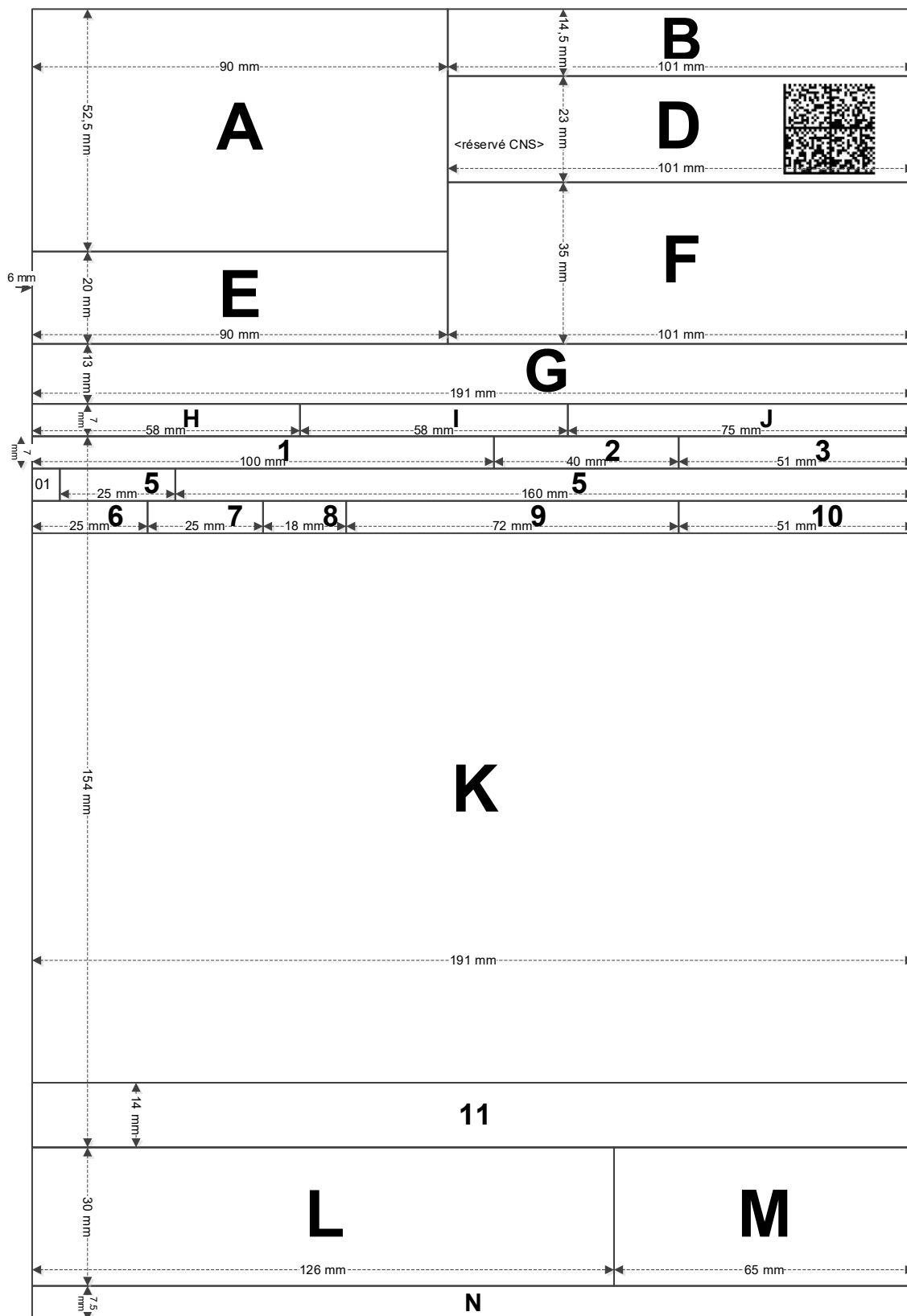
Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 19. Dans les cas où le médecin établit une « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 17 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;

3) Le code-barres se trouve uniquement sur la première page.

Art. 20. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Kinésithérapie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	100,0*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Pathologie courante 2 - Pathologie lourde 3 - Rééducation post-chirurgicale
2	40,0*7,0	Arial 9	Code pathologie	Obligatoire en cas d'indication d'une pathologie lourde (cf. Annexe G des statuts de la CNS).
3	51,0*7,0	Arial 9	Date intervention	Indication de la date de l'intervention chirurgicale obligatoire en cas de rééducation post-chirurgicale. Date : JJ/MM/AAAA
4	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
5	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
6	25,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre par semaine. Obligatoire en cas de ZK12, pathologie lourde et rééducation post-chirurgicale.
7	25,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre par semaine. Obligatoire en cas de ZK12, pathologie lourde et rééducation post-chirurgicale.
8	18,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Correspond toujours à semaine.
9	72,0*7,0	Arial 9	Partie(s) du corps	Indication obligatoire d'une partie du corps en cas de ZK10. Indication obligatoire d'au moins deux parties du corps en cas de ZK11. (cf. Annexe G des statuts de la CNS)
10	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.

11	191,0*7,0	Arial 8	Disclaimer*	Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, l'ordonnance médicale doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé dans le délai de 31 jours à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Afin d'assurer un traitement rapide, la validation est idéalement demandée par le masseur-kinésithérapeute.
----	-----------	---------	-------------	--

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

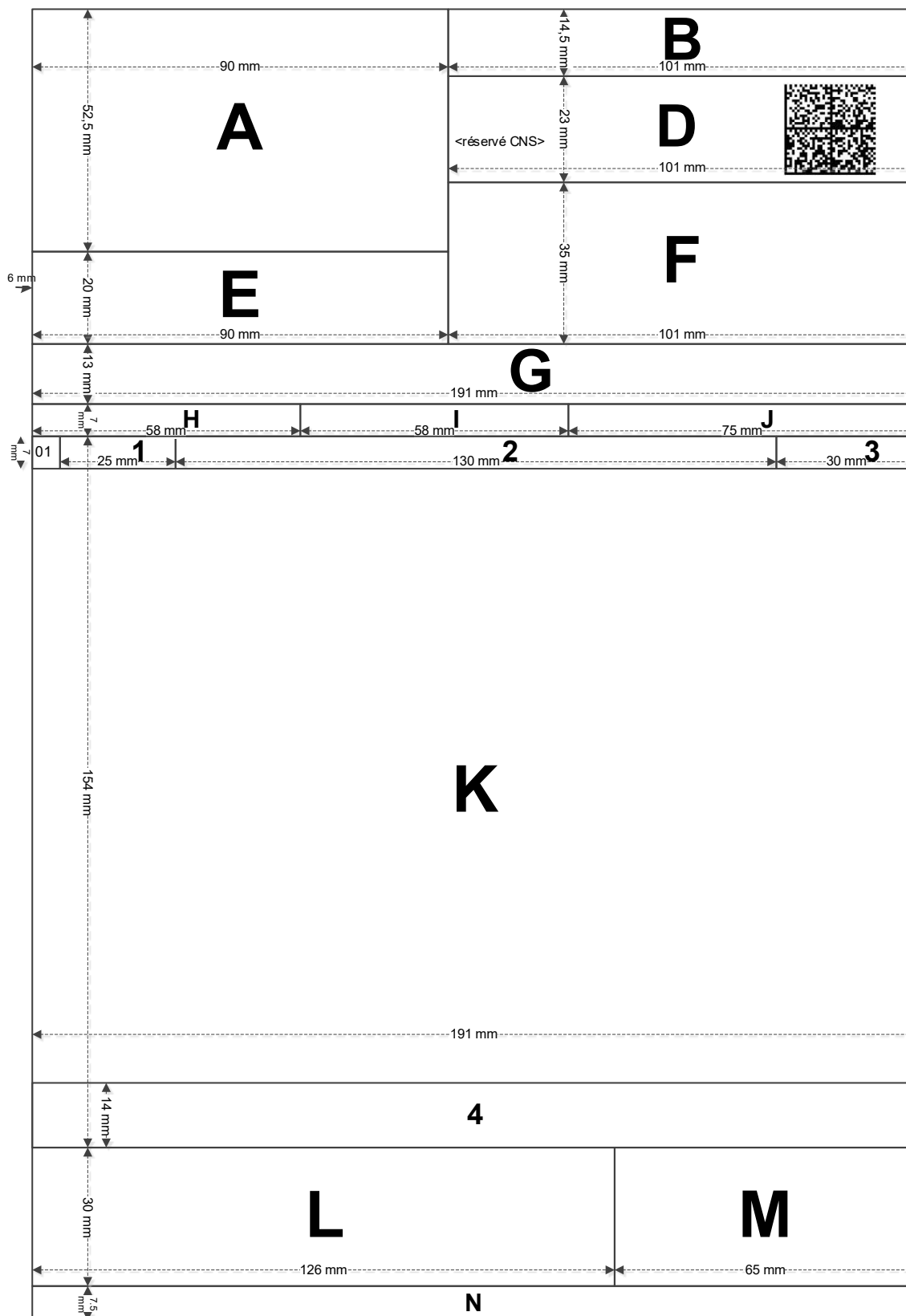
Art. 21. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des infirmiers, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des infirmiers. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des infirmiers. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	38,2*7,0	Arial 9	Nombre	Nombre d'actes prescrits Obligatoire si zones 4 à 7 non remplies.
4	38,2*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois) Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
5	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois) Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
8	95,5*7,0	Arial 9	Nom du médicament	Obligatoire si injection.
9	95,5*7,0	Arial 9	Dosage	Obligatoire si injection.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 22. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychothérapie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

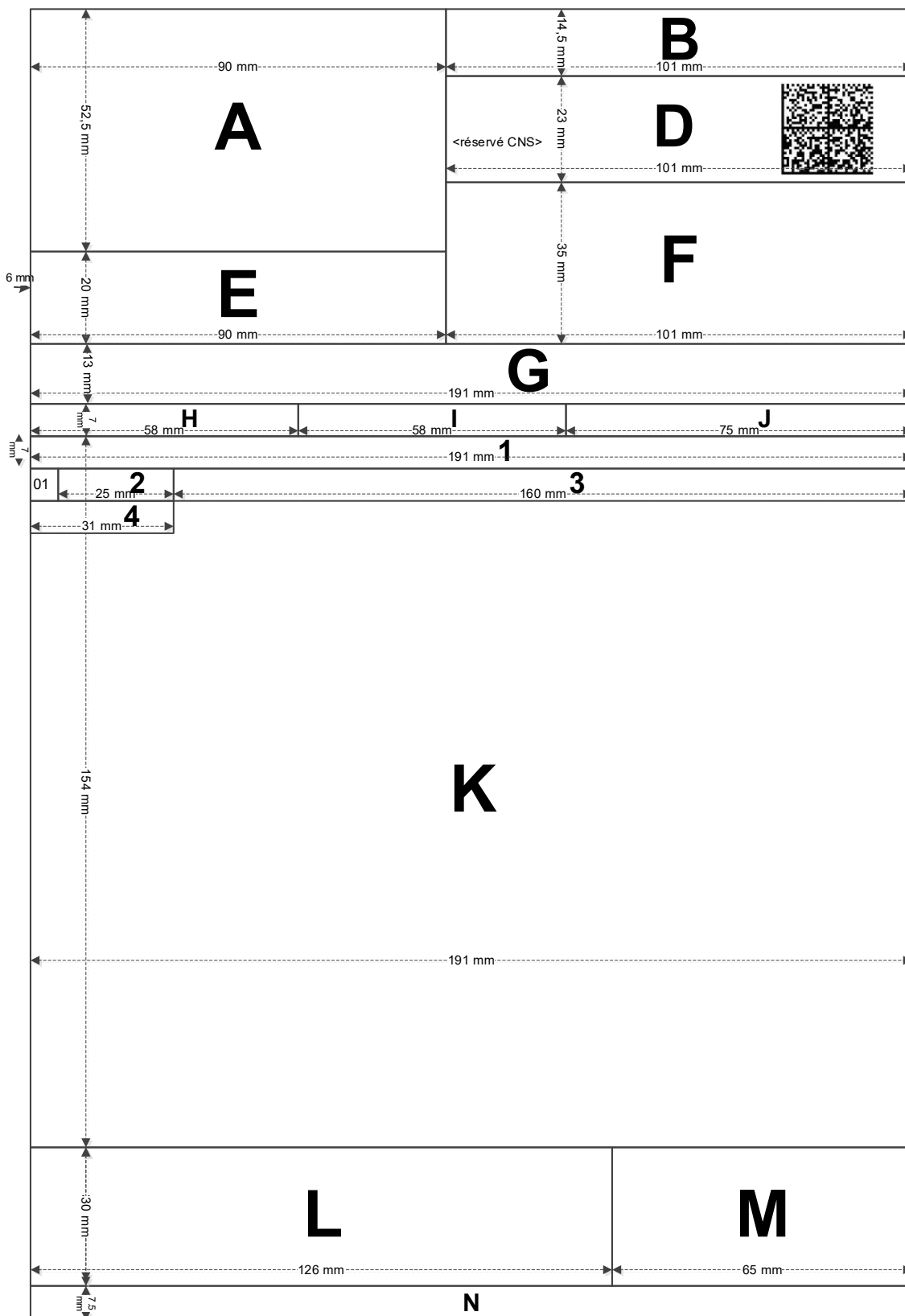


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	130,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	30,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre de séances prescrites.
4	191,0*14,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Le(a) soussigné(e) certifie que le(a) patient(e) nécessite des séances de psychothérapie, qu'il(elle) n'a pas constaté de contre-indication médicale et qu'il(elle) n'a pas constaté d'origine somatique du trouble mental ou comportemental, respectivement que celle-ci est en cours de traitement.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 23. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des diététiciens, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Diététique » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

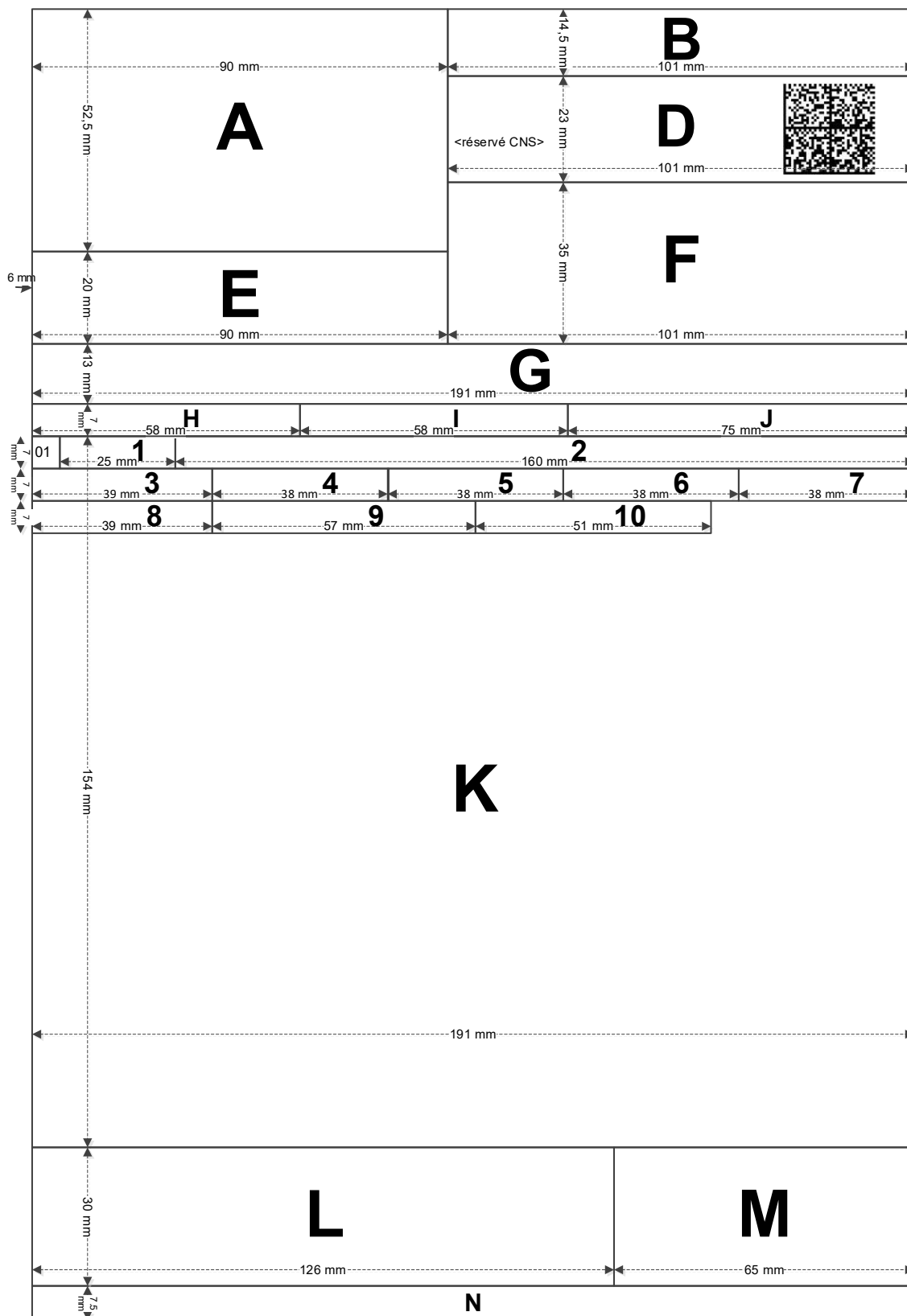


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9	Code(s) pathologie*	Indication du code pathologie (cf. annexe E des statuts de la CNS).
2	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des diététiciens. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
3	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des diététiciens. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
4	31,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 24. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des orthophonistes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Orthophonie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

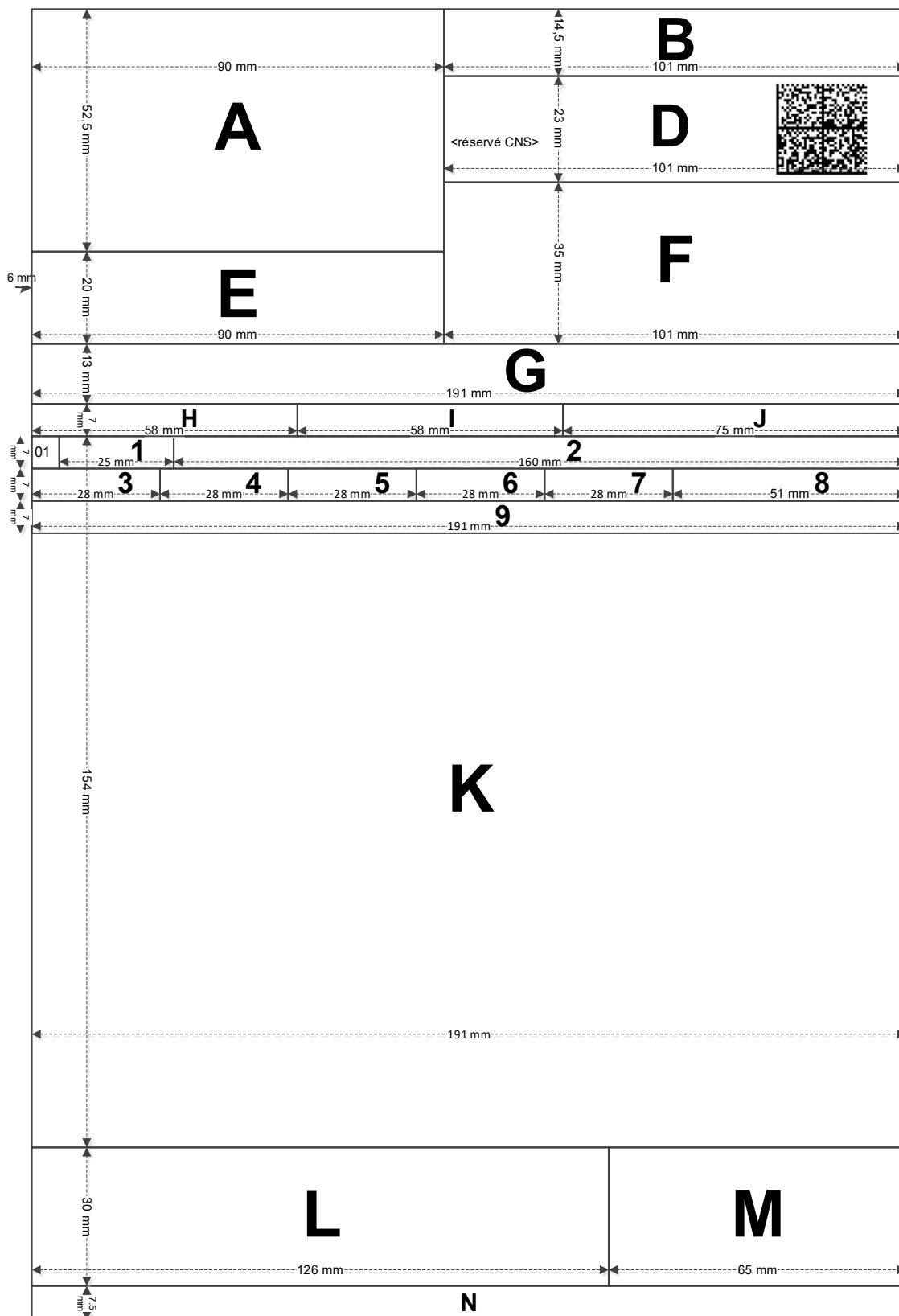


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des orthophonistes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des orthophonistes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	39,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	38,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	38,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jours(s) / semaine(s) / mois)
7	38,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	39,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.
9	57,0*7,0	Arial 9	Date début de l'affection	JJ/MM/AA
10	51,0*7,0	Arial 9	Diagnostic médical	Code(s) ICD10

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 25. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des sage-femmes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des sage-femmes » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

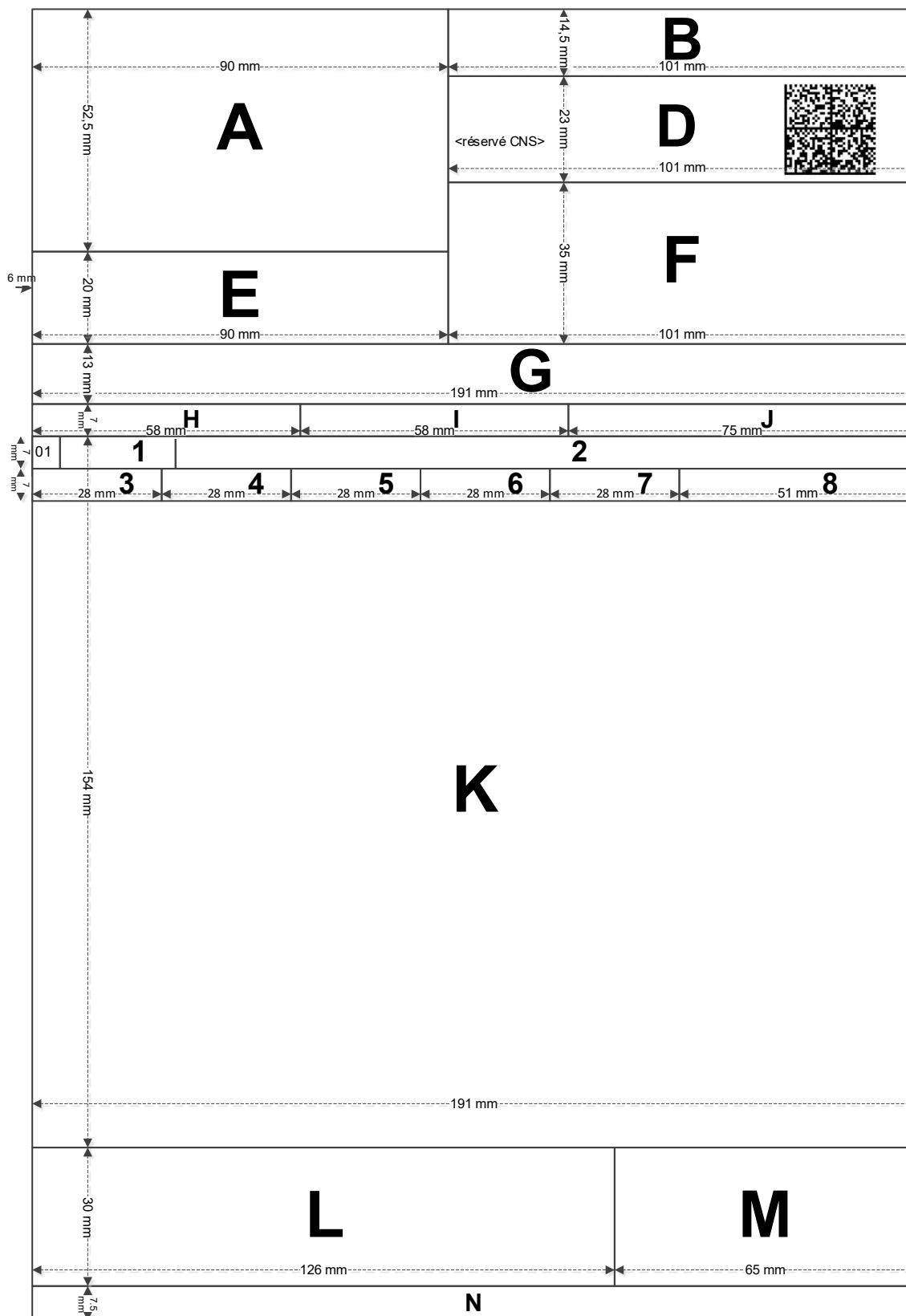


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des sage-femmes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des sage-femmes. Obligatoire si zone 2 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	28,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	28,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	28,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.
9	191,0*7,0	Arial 9	Justification médicale	Texte libre.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 26. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychomotricité » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

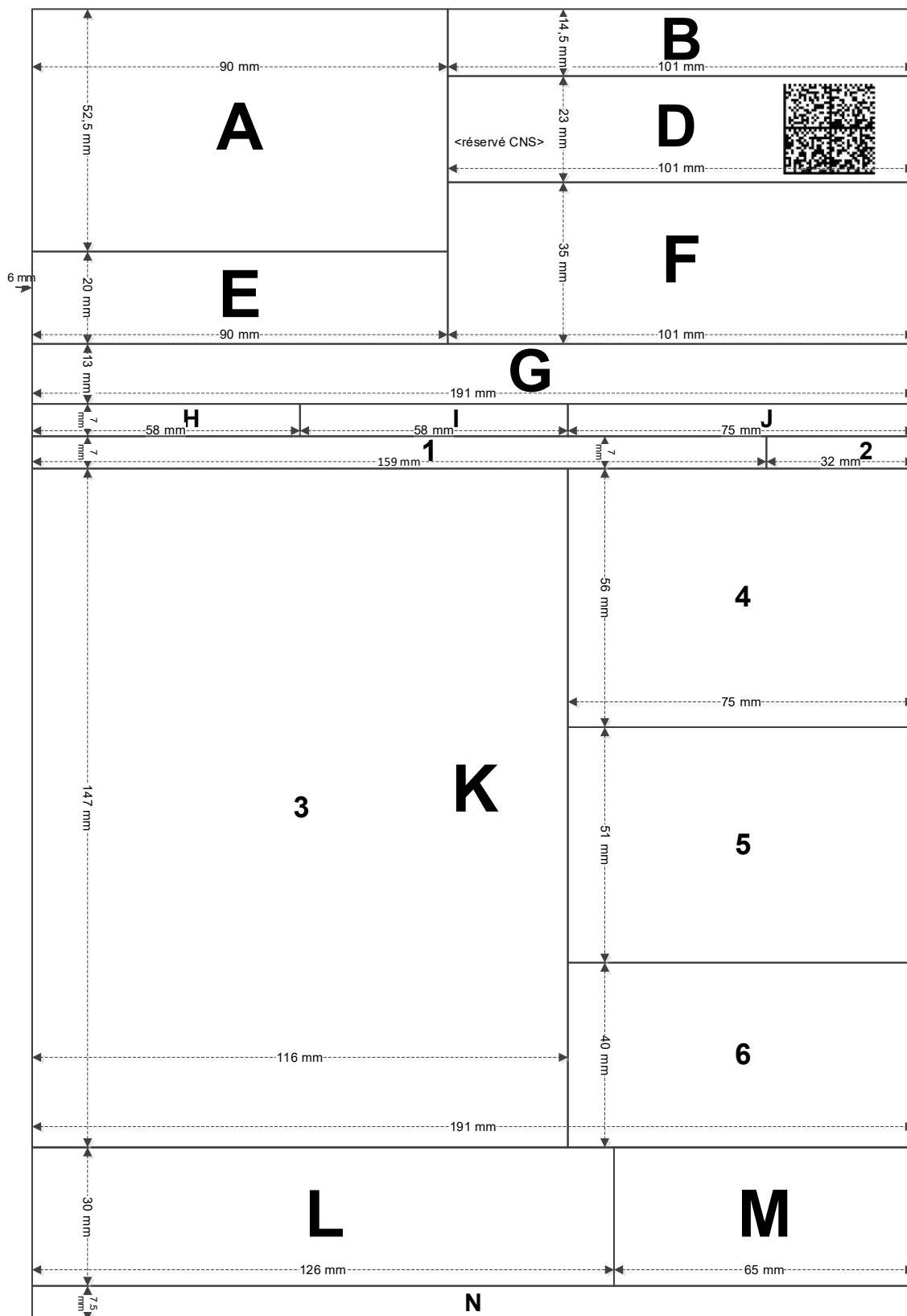


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	28,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	28,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	28,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 27. Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	159,0*7,0	Arial 9, en capitales	Particularité	1 - URGENCE 2 - NUIT / NOCTU 3 - PRÉVENTIF
2	32,0*7,0	Arial 9	Heure	Heure : hh:mm
3	116,0*147,0	Arial 9	Code ou Numéro	Numéro national de la liste positive ou des fichiers B ou code tarif des fichiers B de l'annexe A des statuts de la CNS, à l'exclusion du fichier B6. Obligatoire si champ « Dénomination » n'est pas rempli.
			Dénomination*	Dénomination abrégée de la liste positive ou nom commercial ou collectif des fichiers B de l'annexe A des statuts de la CNS, à l'exclusion du fichier B6, ou dénomination commune internationale. Obligatoire si champ « Code ou Numéro » n'est pas rempli. A défaut, texte libre.
			Dosage	En mg, g, UI, ... si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination pour le médicament.
			Forme pharmaceutique	Comprimé, sirop, crème, ... si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination pour le médicament.
			Quantité prescrite	Quantité totale du produit prescrit
			Unité prescrite	Forme / Unité prescrite (boîte(s), flacon(s), comprimé(s), pansement(s), ...)
			Quantité par administration	Nombre d'unités par administration
			Unité par administration	Type d'unité par administration (comprimé, ml, pansement, ...)
			Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
			Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
			Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)

			Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
			Posologie	À remplir si fréquence et durée ne sont pas utilisables. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
			Motivation médicale	À remplir si les statuts de la CNS l'exigent. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
4	56,0*75,0	Arial 8	Grille destinée à l'enregistrement des délivrances successives des médicaments	Cette zone est réservée à la pharmacie pour l'inscription des délivrances successives de médicaments délivrés.
	18,0*7,0		Date	Dates de délivrance respectives dans la colonne « Date ».
	9,0*7,0		P. ord.	Quantité totale, puis Dél. 1 - Dél. 6 dans la colonne « P. ord ».
	8,0*7,0		1-6	Quantités délivrées respectives dans les colonnes 1- 6.
5	75,0*58,0	Arial 7	Prestation délivrée / Date	Cette zone est réservée aux prestataires exécutant l'ordonnance.
6	75,0*40,0	Arial 7	Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale	Cette zone est réservée à la caisse de maladie compétente et/ou au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus se répètent par médicament, aliment médical ou dispositif médical prescrit.

Le médecin doit faire précéder chaque médicament, aliment médical ou dispositif médical d'un numéro d'ordre, ne pouvant dépasser six numéros d'ordre par page.

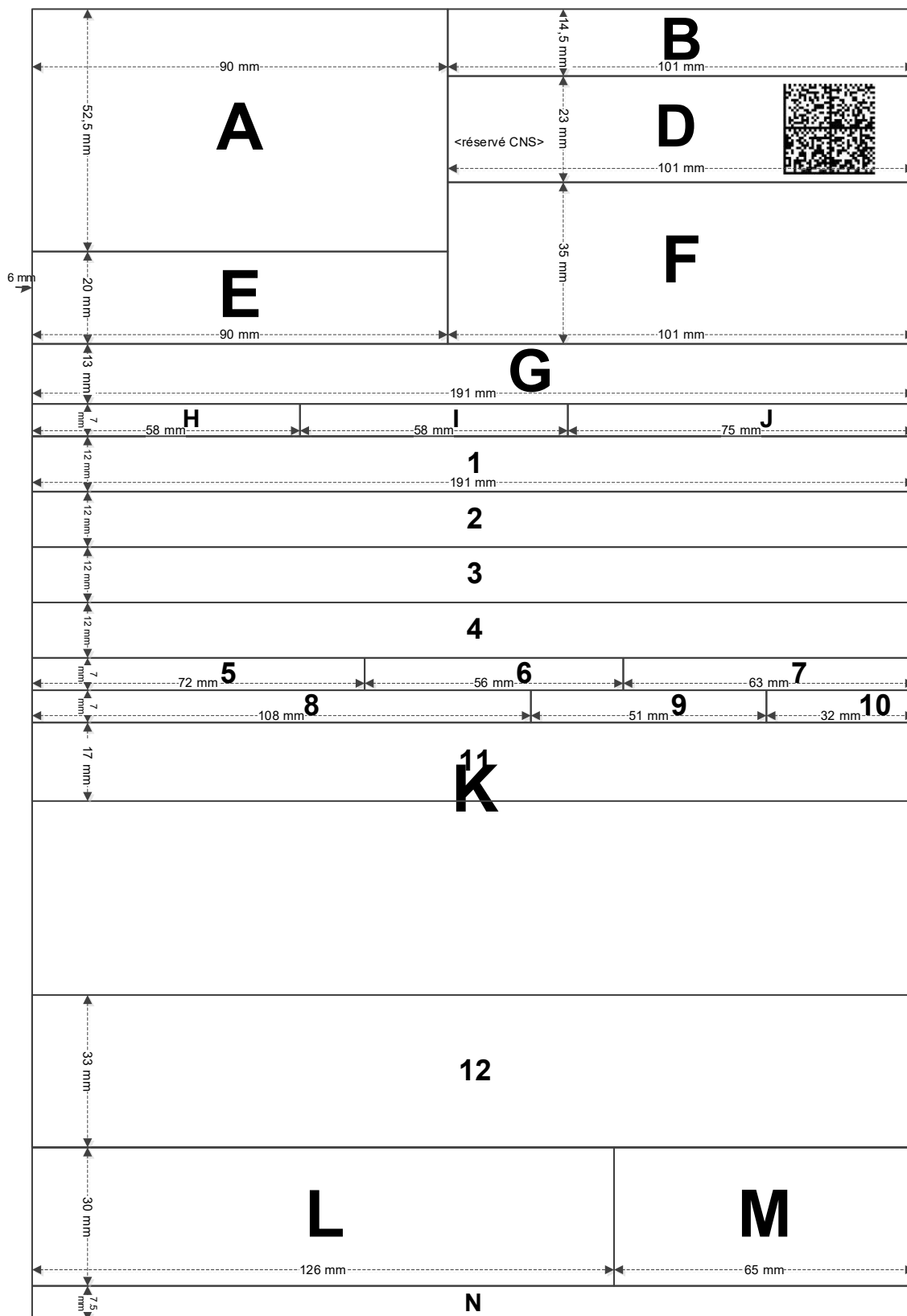
Par dérogation à ce qui précède et dans le cadre de la prescription d'une prothèse, épithèse ou orthèse, les zones 1, 2, 4 et 5 comprises dans la zone K ne sont pas remplies et la zone 3 comprise dans la zone K est complétée par un texte libre et, le cas échéant, par la motivation médicale.

Art. 28. Dans les cas où le médecin établit une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 17 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;
- 3) Le code-barres se trouve uniquement sur la première page ;

Dans la zone 4, les quantités délivrées respectives dans les colonnes 1 à 6 se reportent aux colonnes 7 à 12 sur la deuxième page, puis aux colonnes 13 à 18 sur la troisième page, et ainsi de suite.

Art. 29. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport en série, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport en série » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

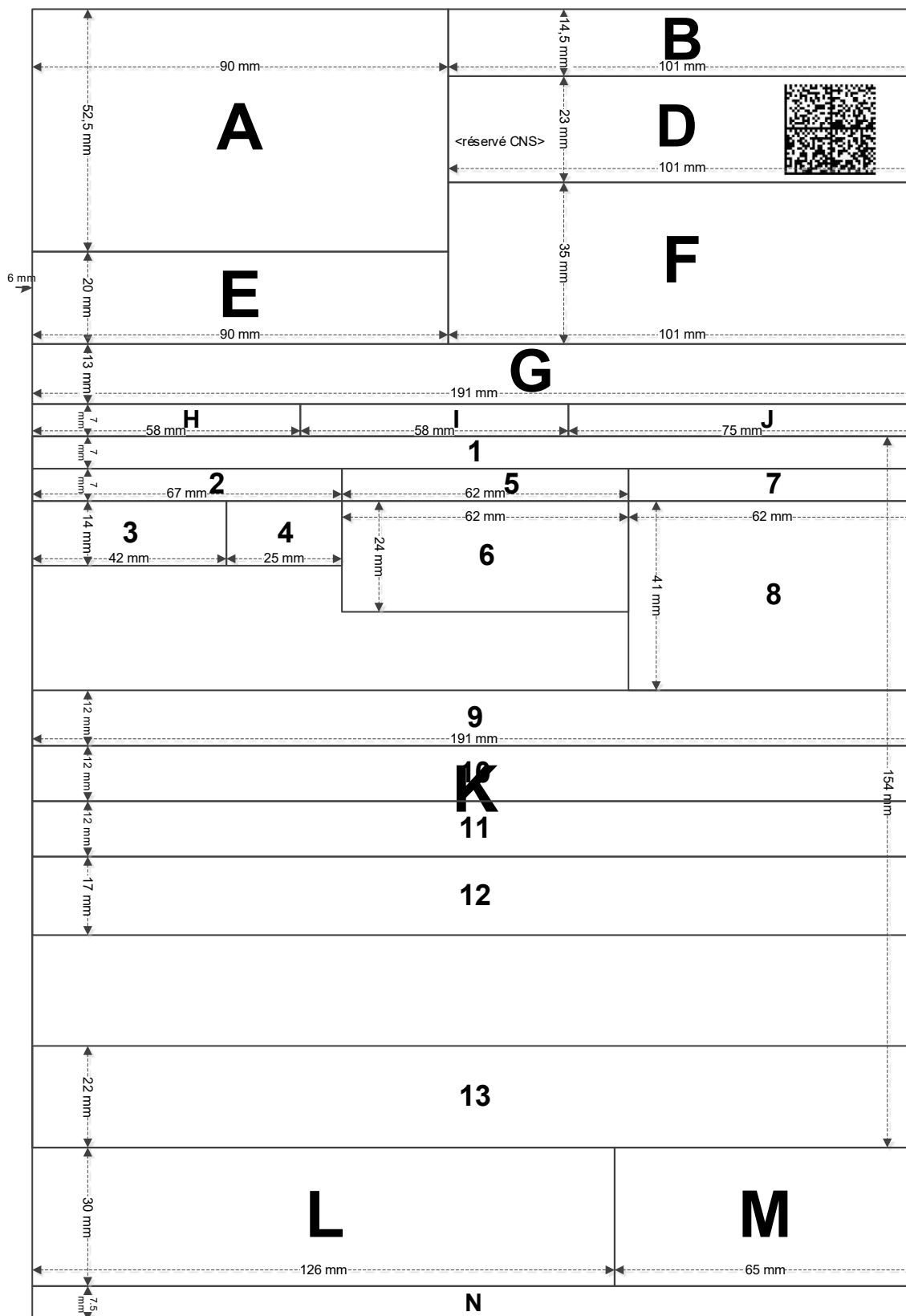


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*12,0	Arial 9	Nom de l'établissement*	Indication du nom de l'établissement dans lequel le patient recevra le traitement.
2	191,0*12,0	Arial 9	Adresse de l'établissement	Indication de l'adresse de l'établissement si celui-ci se trouve en dehors du Grand-Duché de Luxembourg.
3	191,0*12,0	Arial 9	Diagnostic*	Indication du diagnostic médical.
4	191,0*12,0	Arial 9	Traitement envisagé*	Indication de la nature du traitement envisagé.
5	72,0*7,0	Arial 9	Durée prévisible du traitement*	Indication du nombre de mois.
6	56,0*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Ambulatoire 2 - Stationnaire
7	63,0*7,0	Arial 9	Prolongation	À cocher en cas de prolongation du traitement, respectivement des transports y liés.
8	36,0*7,0	Arial 9 Bold	Moyen de transport	Titre
	36,0*7,0	Arial 9	Aller*	Type du moyen de transport utilisé pour le trajet aller : 1 - Taxi 2 - Ambulance
	36,0*7,0	Arial 9	Retour*	Type du moyen de transport utilisé pour le trajet retour : 1 - Taxi 2 - Ambulance Obligatoire en cas de retour.
9	51,0*7,0	Arial 9	Fréquence*	Fréquence de transports (par semaine ou par mois).
10	32,0*7,0	Arial 9	Intervalle de fréquence *	Intervalle de la fréquence : 1 - semaine 2 - mois
11	191,0*17,0	Arial 9	Justification médicale*	Indication de la justification médicale pour la prescription.
12	191,0*33,0	Arial 7	Disclaimer*	Note à l'attention du prescripteur : Le transport en ambulance est pris en charge uniquement si une position allongée ou demi-assise est médicalement indispensable. Le transport en taxi est pris en charge uniquement dans les cas où le transport

				public en commun n'est pas approprié du point de vue médical. La présente demande doit servir à l'émission du titre de prise en charge des frais de transport en ambulance terrestre / taxi pour des personnes bénéficiant d'un traitement médical répété et programmé d'avance, notamment pour des traitements de radiothérapie, chimiothérapie, hémodialyse, rééducation et réadaptation fonctionnelles, etc. Elle doit être établie par le prestataire en charge du traitement médical en série et doit être adressée préalablement au commencement du traitement à la Caisse nationale de santé à l'adresse suivante : L-2980 Luxembourg. En cas de nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.
--	--	--	--	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 30. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport simple en ambulance, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

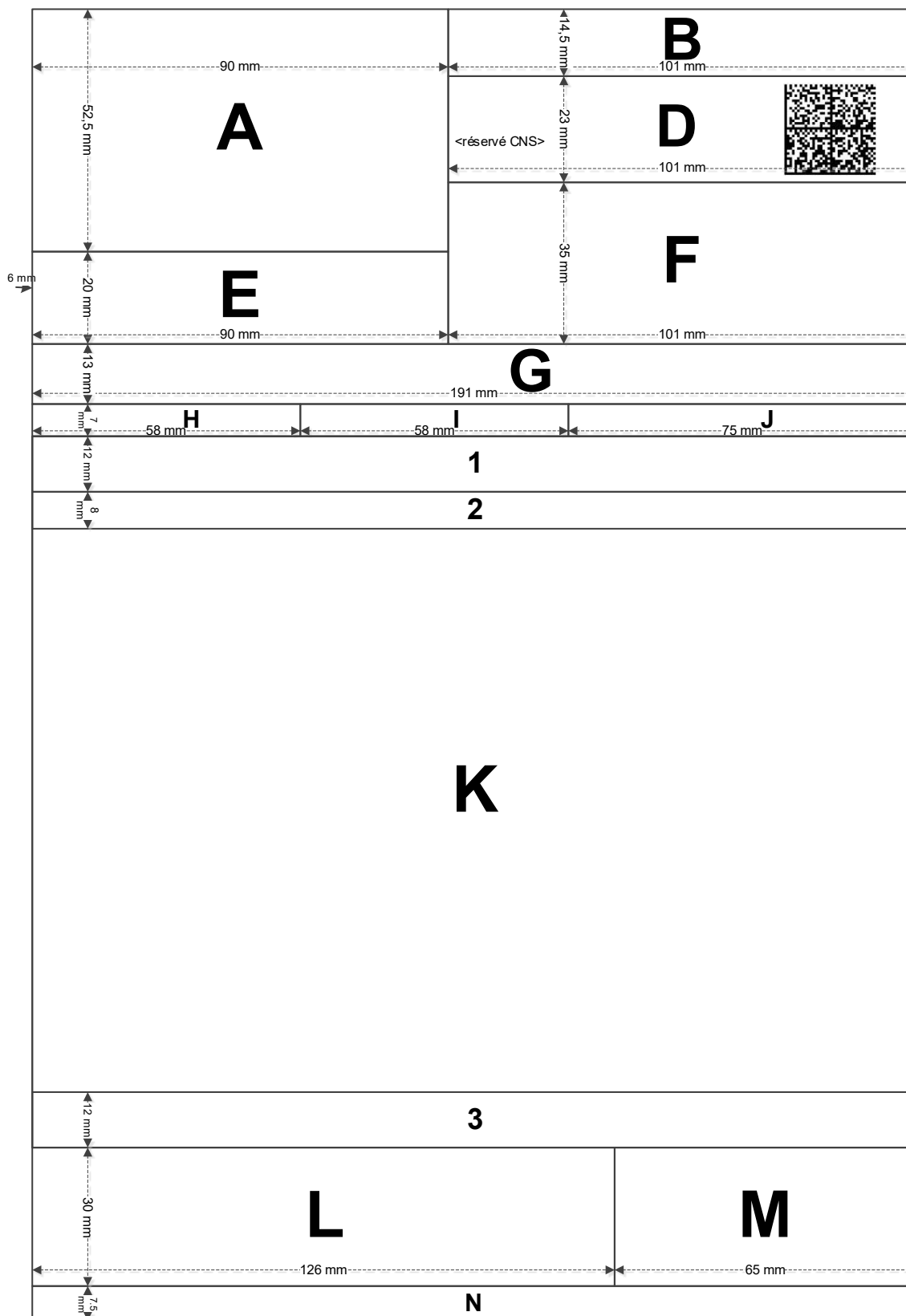


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9	Date du transport (si connue)	Indication de la date du transport si connue. Date : JJ/MM/AAAA
2	67,0*7,0	Arial 9 Bold	Type de transport	Titre
3	42,0*7,0	Arial 9	Localisation du transport*	Indication de la localisation du transport : 1 - à l'intérieur du pays 2 - à l'étranger
	42,0*7,0			
4	25,0*7,0	Arial 9	Type de trajet*	Indication du type de trajet : 1 - aller 2 - aller/retour (valable seulement si les 2 trajets ont lieu le même jour)
	25,0*7,0			
5	62,0*7,0	Arial 9 Bold	Départ	Titre
6	62,0*7,0	Arial 9	Lieu de départ*	Indication du lieu de départ du transport : 1 - lieu de séjour habituel 2 - hôpital luxembourgeois 3 - atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur
	62,0*7,0			
	62,0*10,0			
7	62,0*7,0	Arial 9 Bold	Arrivée	Titre
8	62,0*7,0	Arial 9	Lieu d'arrivée*	Indication du lieu d'arrivée du transport : 1 - lieu de séjour habituel 2 - hôpital luxembourgeois 3 - atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur 4 - établissement d'accueil pour personnes en fin de vie 5 - clinique étrangère
	62,0*7,0			
	62,0*10,0			
	62,0*10,0			
	62,0*7,0			
9	191,0*12,0	Arial 9	Adresse du lieu de séjour habituel*	Indication de l'adresse du lieu de séjour habituel de la personne protégée.
10	191,0*12,0	Arial 9	Nom de l'établissement*	Indication du nom de l'établissement dans lequel le patient recevra le traitement.
11	191,0*12,0	Arial 9	Adresse de l'établissement	Indication de l'adresse de l'établissement si celui-ci se trouve en dehors du Luxembourg.
12	191,0*17,0	Arial 9	Raisons médicales	Indication des raisons médicales pour lesquelles un transport en position allongée ou demi-assise est indispensable lorsque le transport a lieu à l'étranger.

13	191,0*22,0	Arial 7	Disclaimer*	(1) En sélectionnant « à l'intérieur du pays », le prestataire certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou demi-assise est indispensable. (2) Lorsque le prestataire sélectionne « à l'étranger », il doit indiquer dans la rubrique « Raisons médicales » les raisons médicales pour lesquelles le transport en position allongée ou demi-assise est indispensable. (3) A remplir impérativement lorsque le transport a lieu à l'étranger. En cas de nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.
----	------------	---------	-------------	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

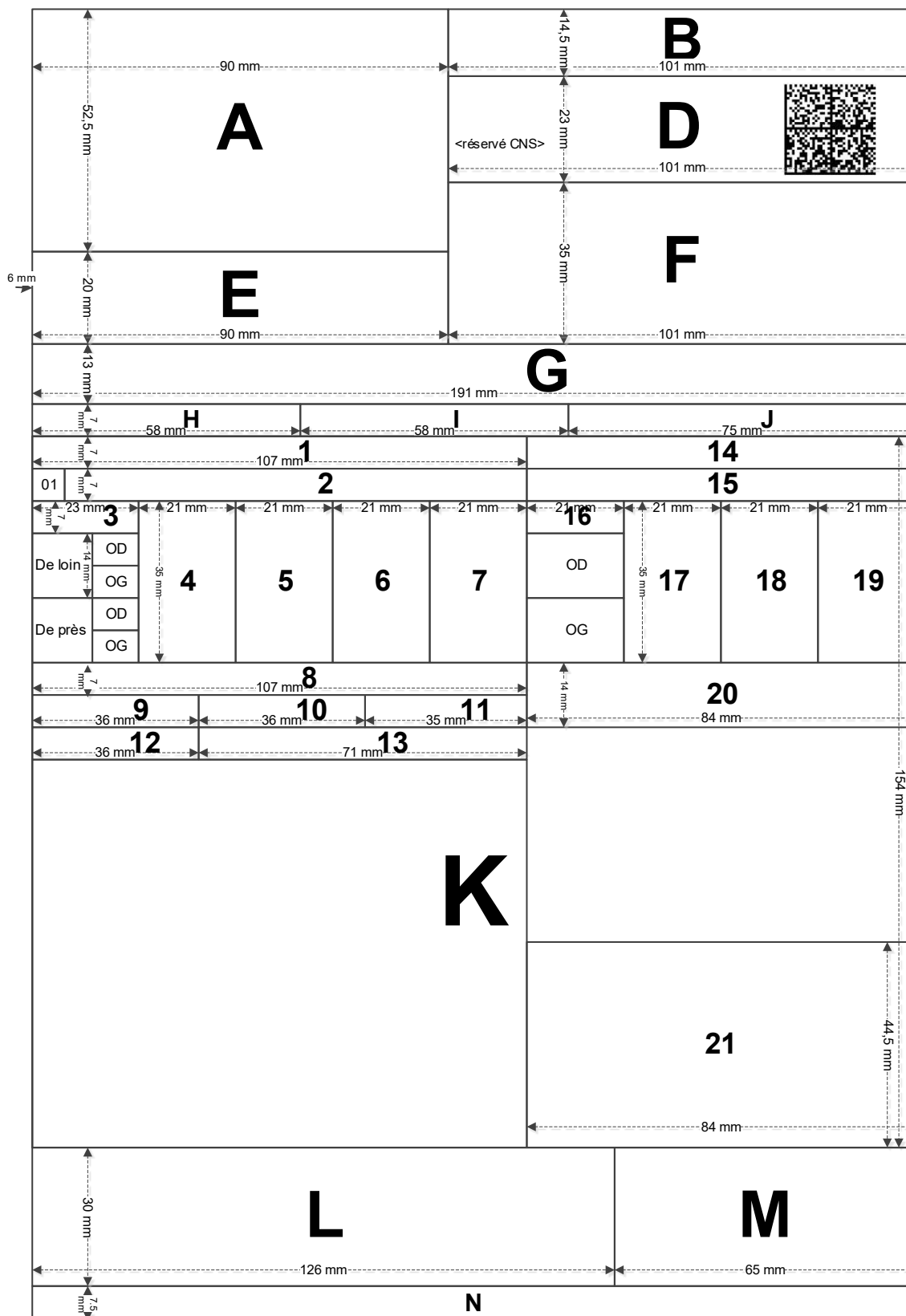
Art. 31. Dans le cadre de la prescription d'une désinfection pour transport en ambulance, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*12,0	Arial 9	Raisons médicales*	Texte libre
2	191,0*8,0	Arial 9	Type de transport*	1 - simple 2 - en série
3	191,0*12,0	Arial 7	Disclaimer*	La désinfection de l'ambulance est prise en charge pendant 1 mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Au-delà de cette période, en cas de prolongation de la nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin émet une nouvelle ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 32. Dans le cadre de la prescription relative à des aides visuelles, à savoir lunettes et lentilles, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Aides visuelles » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	107,0*7,0	Arial 9 Bold	Lunettes	Titre
2	53,5*7,0	Arial 9	Monture Verres /	Indication du nombre de monture(s) / verre(s).
	53,5*7,0			
3	21,0*7,0	Arial 9	VD	Indication en mm.
4	21,0*7,0	Arial 9	Sphère	Obligatoire en cas de déficience visuelle et suivi par les paramètres de celle-ci.
5	21,0*7,0	Arial 9	Cylindre	Obligatoire en cas de déficience visuelle et suivi par les paramètres de celle-ci.
6	21,0*7,0	Arial 9	Axe	Si indication au niveau axe, obligation de renseigner les paramètres.
7	21,0*7,0	Arial 9	Prisme	Si indication au niveau prisme, obligation de renseigner les paramètres.
8	107,0*7,0	Arial 9	Addition de près	Définition de l'addition de près.
9	36,0*7,0	Arial 9	Foyer variable	A cocher si constaté.
10	36,0*7,0	Arial 9	Bifocal	A cocher si constaté.
11	35,0*7,0	Arial 9	Combiné	A cocher si constaté.
12	36,0*7,0	Arial 9	Teinte	A cocher si nécessité constatée.
13	71,0*7,0	Arial 9	Indication médicale	Indication du code, obligatoire si case « Teinte » a été cochée
14	84,0*7,0	Arial 9 Bold	Lentilles	Titre
15	84,0*7,0	Arial 9	Réfraction	Titre
16	21,0*35,0	Arial 9	VD	Indication en mm.
17	21,0*35,0	Arial 9	Sphère	Précision pour chaque œil suivi par les paramètres.
18	21,0*35,0	Arial 9	Cylindre	Précision pour chaque œil suivi par les paramètres.
19	21,0*35,0	Arial 9	Axe	Si indication au niveau axe, obligation de renseigner les paramètres.
20	84,0*14,0	Arial 9	Indication médicale	Indication du code de la pathologie, obligatoire si prescription de lentilles de contact

21	84,0*44,5	Arial 7	Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale	Cette zone est réservée à la caisse de maladie compétente et/ou au Contrôle médical de la sécurité sociale.
----	-----------	---------	--	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus se répètent par code prescrit.

Art. 33. Dans le cadre de la prescription d'actes, de services et de fournitures de la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, concernant les vêtements de compression et de contention, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

A	B	C 25 mm										
	D											
	F											
E												
G												
H	I	J										
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Date</td> <td style="width: 20%;">P.ord.</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">4</td> </tr> </table>	Date	P.ord.	1	2	3	4				
Date	P.ord.	1	2	3								
4												
K												
L	M											
N												

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	140,0*14,0	Arial 9	Diagnostic médical / Intervention chirurgicale*	Indication du diagnostic médical ou de l'intervention chirurgicale.
2	100,0*7,0	Arial 9	Date de l'intervention chirurgicale	A renseigner si connue. Date : JJ/MM/AAAA
	40,0*7,0			
3	100,0*7,0	Arial 9	Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique	A renseigner si connue. Date : JJ/MM/AAAA
	40,0*7,0			
4	58,0*35,0	Arial 8	Grille destinée à l'enregistrement des délivrances successives des vêtements de compression et de contention	Cette zone est réservée à la pharmacie ou à l'orthopédiste-cordonnier-bandagiste pour l'inscription des délivrances successives des vêtements de compression et de contention délivrés.
	18,0*7,0		Date	Dates de délivrance respectives dans la colonne « Date ».
	9,0*7,0		P. ord.	Dél. 1 - Dél. 7 dans la colonne « P. ord ».
	8,0*7,0		1-3	Quantités délivrées respectives dans les colonnes 1-6.
5	140,0*7,0	Arial 9 Bold	Partie du corps et modèle de la fourniture	Titre
6	134,0*7,0	Arial 9	Prescription, précédée du numéro d'ordre*	Indication de la partie du corps concernée ainsi que du modèle de la fourniture : 1 - Membre(s) inférieur(s) - Bas jusqu'au genou 2 - Membre(s) inférieur(s) - Bas cuisse(s) incluse(s) 3 - Membre(s) inférieur(s) – Collant 4 - Membre(s) inférieur(s) - Legging 5 - Membre(s) inférieur(s) - Pièce(s) cuisse(s) 6 - Membre(s) inférieur(s) - Mitaine(s) d'orteils 7 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) 8 - Membre(s) supérieur(s) - Mitaine(s)/Gant(s) 9 - Tête 10 - Tronc

7	140,0*7,0	Arial 9	Partie latérale du corps concernée	À cocher ce qui convient : Gauche Droite Bilatéral Obligatoire pour membre(s) supérieur(s) et membre(s) inférieur(s).
8	22,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Indication du nombre par modèle de la fourniture prescrite.
9	35,0*7,0	Arial 9	Type de tricotage*	Indication du type de tricotage : 1 - Circulaire 2 - Rectiligne
10	83,0*7,0	Arial 9	Degré minimal de compression*	Exprimé en mmHg.
11	140,0*7,0	Arial 9	Code ou libellé prescrit	Indication du code ou du libellé officiels attribués dans la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses.
12	70,0*7,0	Arial 9	Durée du traitement (en semaines)	Indication du nombre de semaines.
13	70,0*7,0	Arial 9	Durée de mise en place (en heures)	Indication du nombre d'heures.
14	140,0*14,0	Arial 9	Motivation pour demande renouvellement anticipée	Sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les dispositions prévues aux zones 5 à 14 du tableau ci-dessus se répètent par code prescrit.

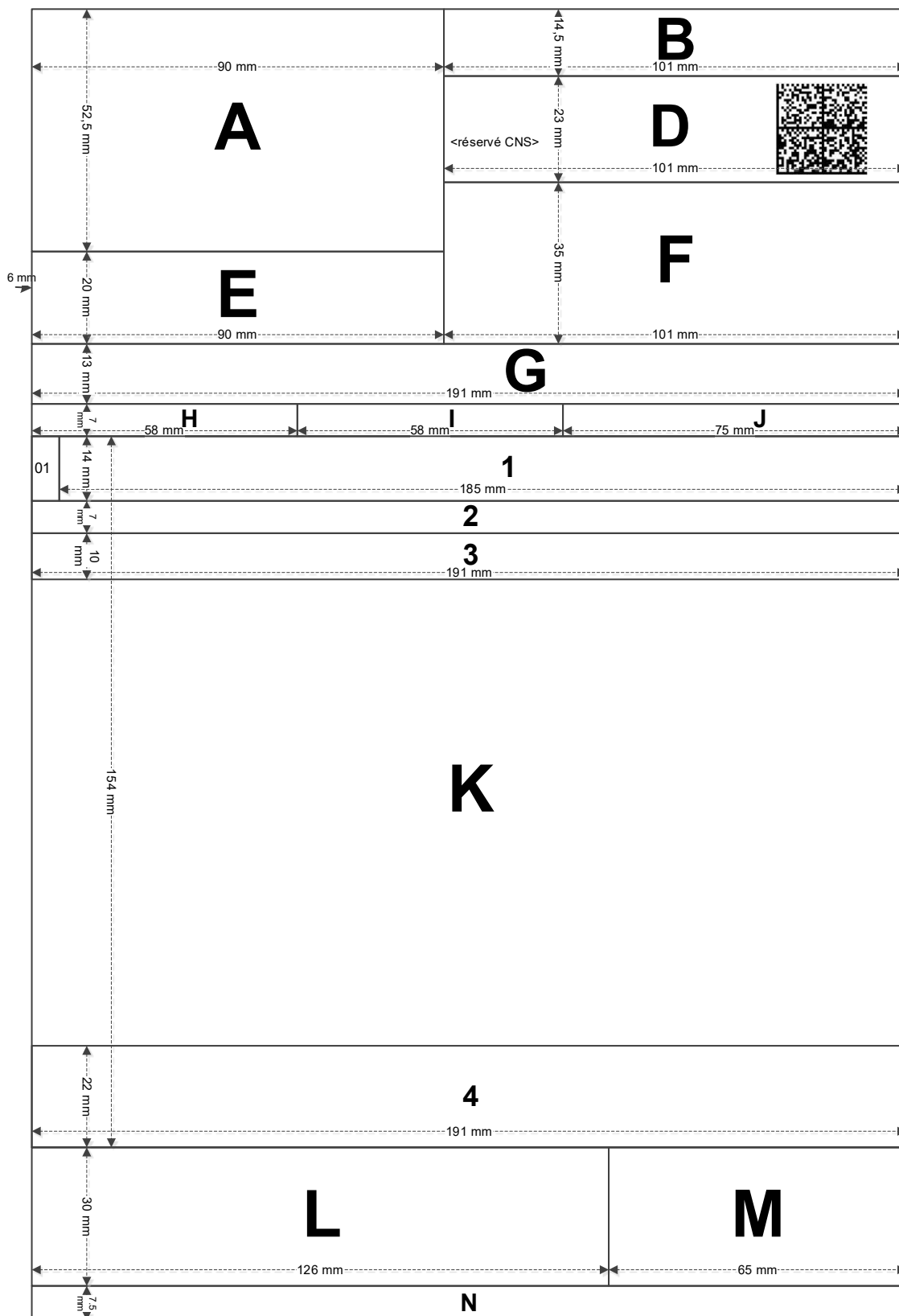
L'« Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » ne peut porter que sur un seul diagnostic médical ou une seule intervention chirurgicale.

Art. 34. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 17 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;
- 3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) Dans la zone 4, les quantités délivrées respectives dans les colonnes 1 à 3 se reportent aux colonnes 4 à 6 sur la deuxième page et ainsi de suite.

Art. 35. Dans le cadre de la prescription d'actes, de services et de fournitures de la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de

prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, concernant les fournitures orthopédiques pour pied diabétique, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Pied diabétique » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*14,0	Arial 9	Fourniture, précédée du numéro d'ordre*	Indication de la description de la fourniture prescrite et du code y relatif : 1 - Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques - semelles orthopédiques pour pied diabétique (Weichpolstereinlagen) ; équivaut au code P6070210. 2 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures d'intérieur ; équivaut au code P6070110. 3 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures de ville ; équivaut au code P6070120. 4 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui ; équivaut au code P6070220. 5 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures d'intérieur ; équivaut à l'un des codes P6070140 ou P6070141. 6 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de ville ; équivaut à l'un des codes P6070130 ou P6070131. 7.1 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S3 ; équivaut au code P6070150.

				7.2 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S2 ; équivaut au code P6070151. 7.3 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S1 ; équivaut au code P6070152. 8 - Diabète avec déformation du pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure – chaussures orthopédiques sur mesure- semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui ; équivaut au code P6070220.
2	191,0*7,0	Arial 9	Nombre de chaussures / paires de fournitures*	Indication du nombre de paires par modèle de la fourniture respective. Pour les chaussures de sécurité, le prestataire indique le nombre de chaussures par modèle de la fourniture respective.
3	191,0*10,0	Arial 9	Motivation pour de demande renouvellement anticipée	Sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.
4	191,0*22,0	Arial 9	Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure	Indication au prestataire exécutant toute affection des pieds pouvant avoir un impact sur la confection des chaussures orthopédiques sur mesure. Obligatoire pour cas 5 - 7.3.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

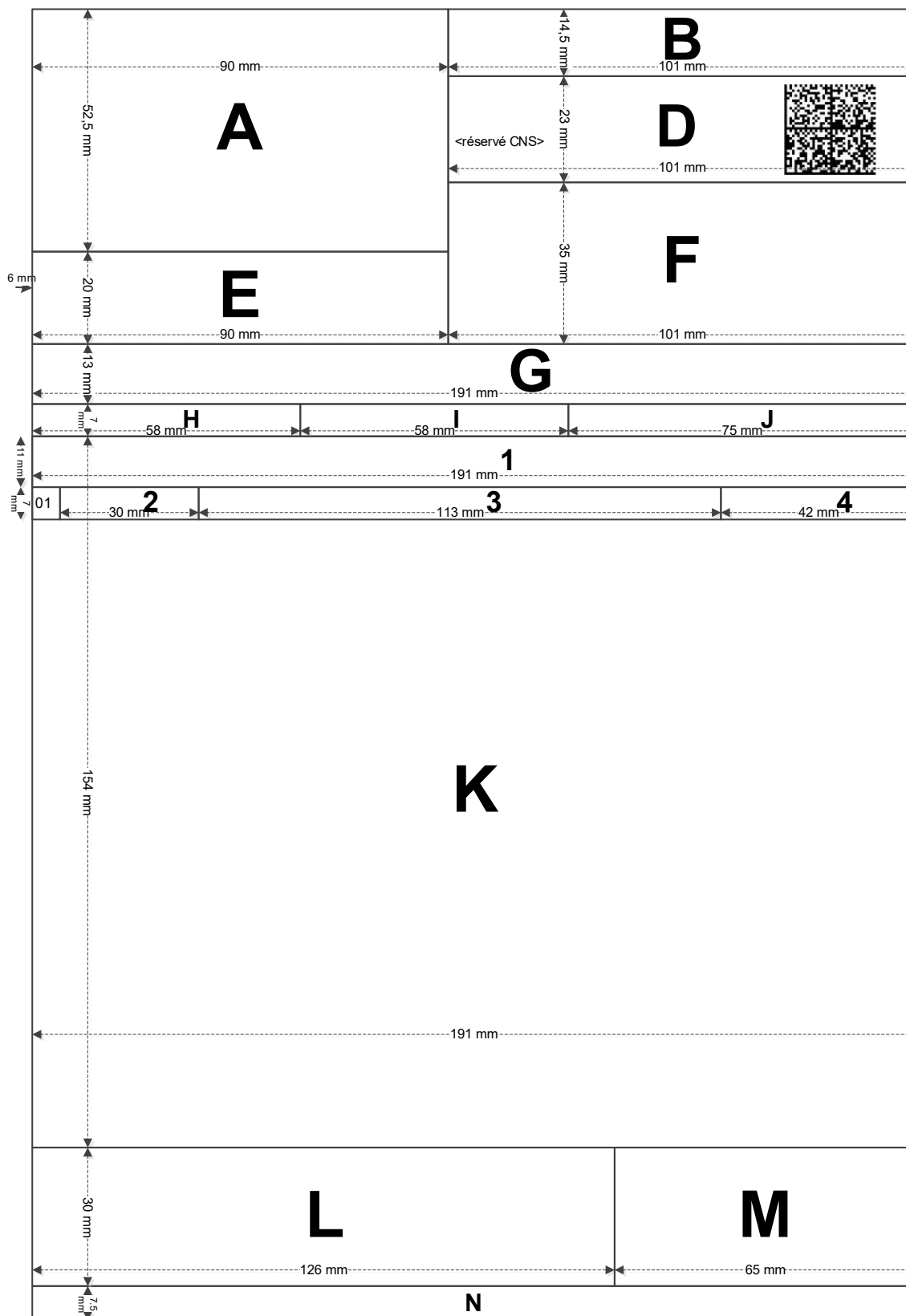
Les dispositions prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code prescrit, à l'exception de la zone 4 qui n'est reprise qu'une seule fois par page.

Art. 36. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Pied diabétique » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 17 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;

- 3) Le code-barres se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) La zone 4 figure uniquement sur la dernière page.

Art. 37. Dans le cadre de la prescription de dispositifs de correction auditive, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*11,0	Arial 9	Type de prise en charge*	À cocher ce qui convient : 1 ^{ère} prise en charge Renouvellement Appareillage à domicile autorisé Extension d'appareillage (endéans l'année) Renouvellement anticipé (aggravation de 20dB)
2	30,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans le fichier B3. Obligatoire si zone 3 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
3	113,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans le fichier B3. Obligatoire si zone 2 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
4	42,0*7,0	Arial 9	Côté*	À cocher ce qui convient : Gauche Droite

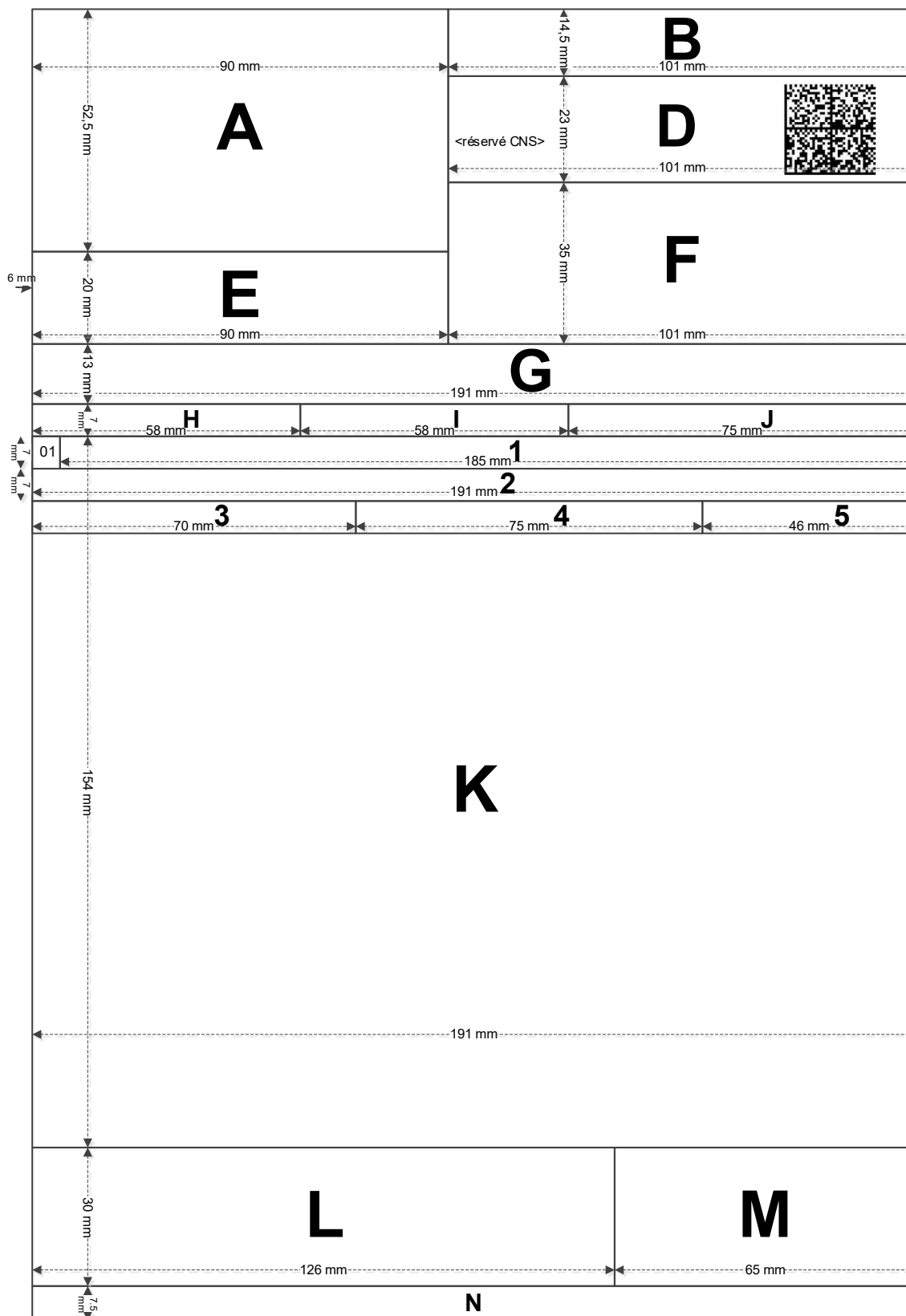
Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 38. Dans le cadre de la demande d'un rapport R1 au médecin traitant conformément au code R1 figurant à la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Acte prescrit, précédé du numéro d'ordre « 01 »*	Indication d'office : « Acte : R1 ».
2	160,0*23,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit*	Indication d'office : « Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen clinique général - les résultats d'examens complémentaires - le diagnostic positif (et différentiel) - les propositions de traitement ».
3	31,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Correspond d'office à « 1 ».
4	191,0*7,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Par la présente, je vous adresse ce(tte) patient(e) pour avis.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

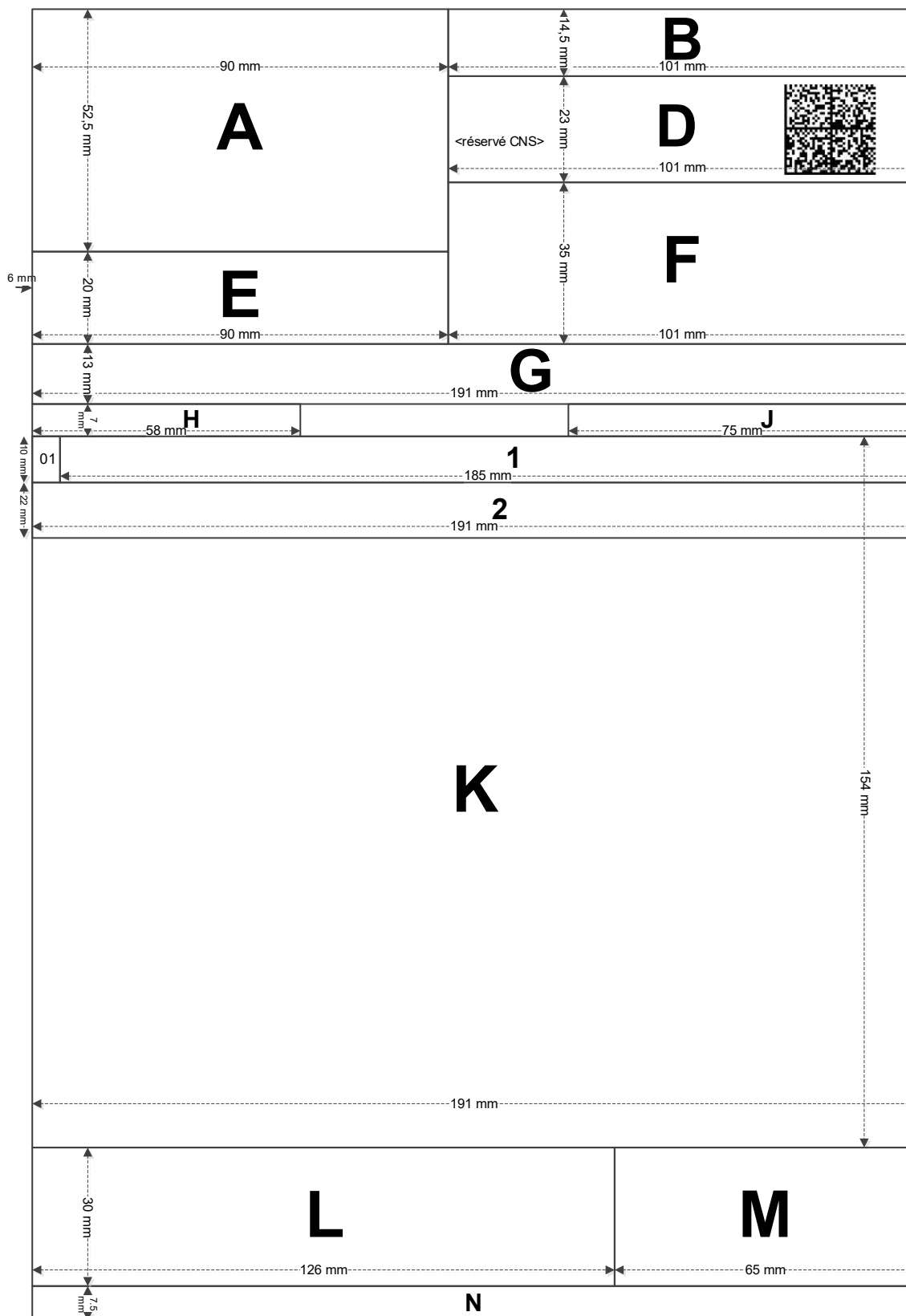
Art. 39. Dans le cadre de la demande d'un traitement parallèle conformément à l'article 7 de la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*7,0	Arial 9	Nom du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle, précédé du numéro d'ordre « 01 »*	Nom du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle.
2	191,0*7,0	Arial 9	Code prestataire du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle*	8 positions, code attribué par la CNS. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
3	70,0*7,0	Arial 9	Date de début du traitement parallèle*	Date : JJ/MM/AAAA
4	75,0*7,0	Arial 9	Durée approximative du traitement parallèle*	Nombre
5	46,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois

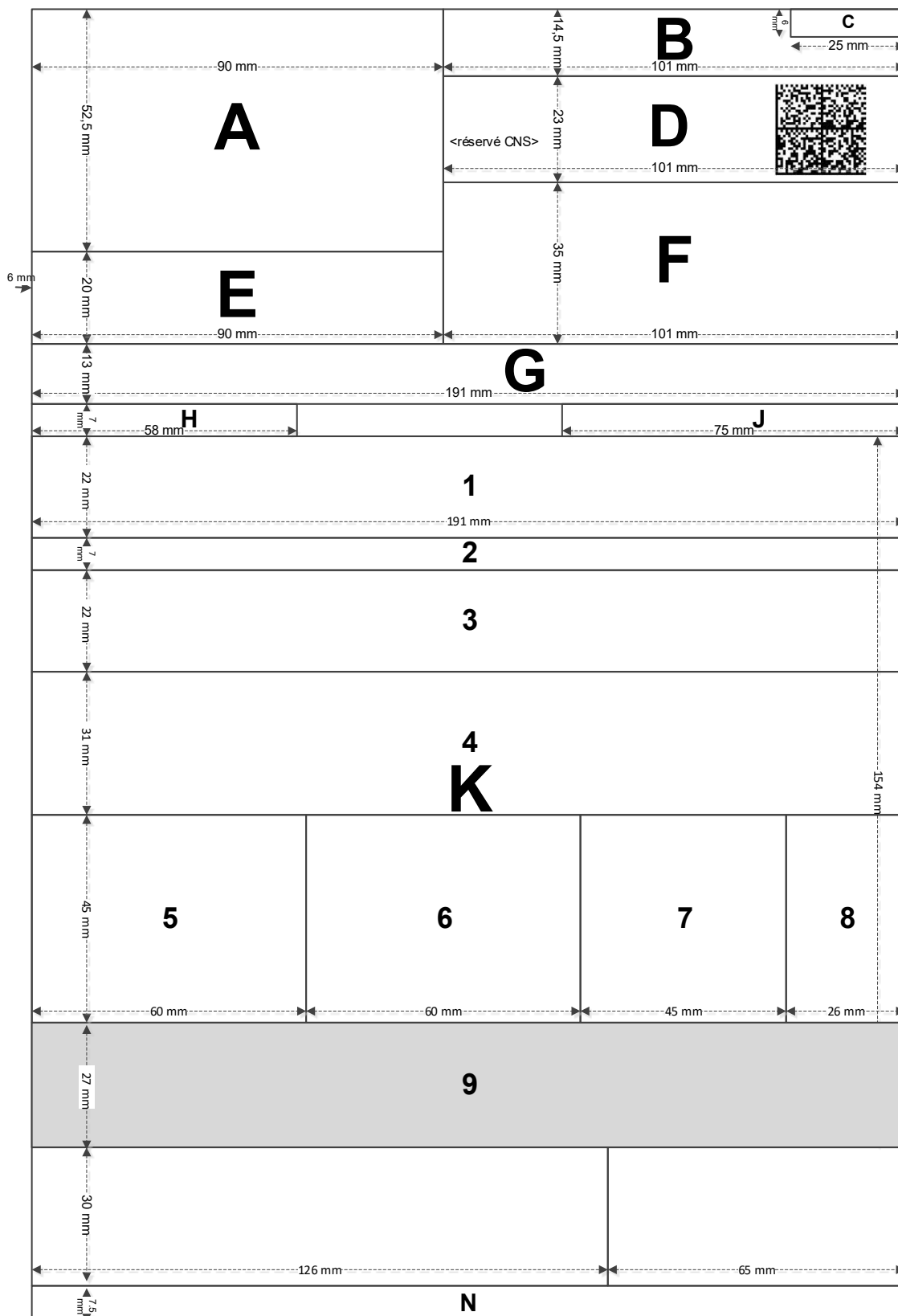
Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

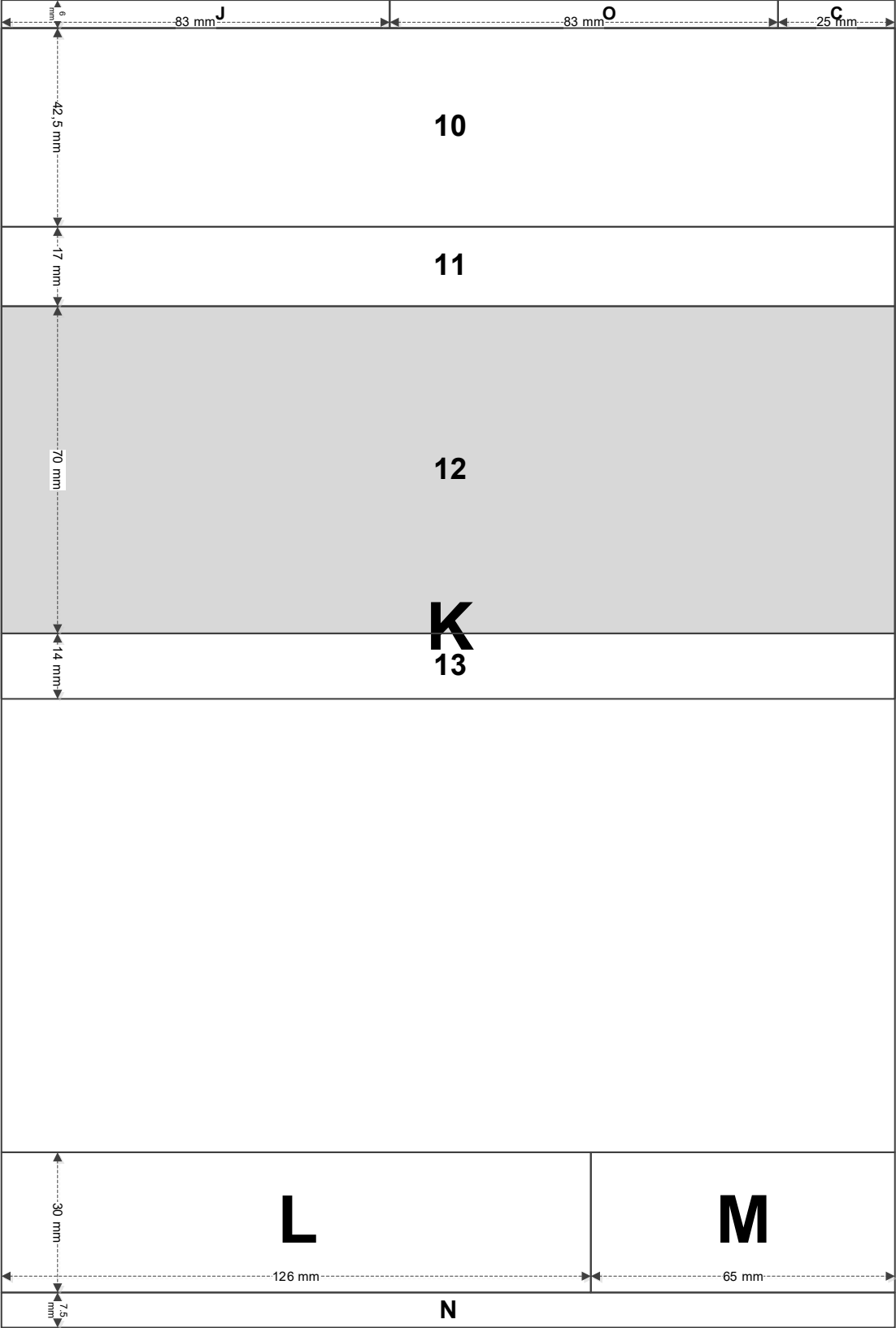
Art. 40. Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient au Grand-Duché de Luxembourg conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*10,0	Arial 9	Indication de la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé	Si le prestataire souhaite indiquer la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé, il utilise la terminologie au règlement grand-ducal modifié du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.
2	191,0*12,0	Arial 7	Disclaimer*	Pour les médecins : « La présente demande de transfert du patient vaut ordonnance de transfert conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ».

Art. 41. Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :





Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*22,0	Arial 9	Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger*	Vérifier l'actualité des coordonnées.
2	191,0*7,0	Arial 9	Diagnostic précis*	Moyennant codification ICD10 (ou plus récente).
3	191,0*22,0	Arial 9	Equipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux	Indication du type d'équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières telles que définies à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière : Indication du code : 01 - Equipement de coronarographie par cathétérisme 02 - Ensemble de dispositifs de radiothérapie 03 - Tomographe à émission de positrons 04 - Caisson d'oxygénothérapie hyperbare 05 - Equipement de lithotritie extracorporelle 06 - Prone-table 07 - Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire 08 - Equipements servant à la fécondation in-vitro 09 - Equipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques 10 - Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA 11 - Tomographe à résonance magnétique nucléaire 12 - Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire

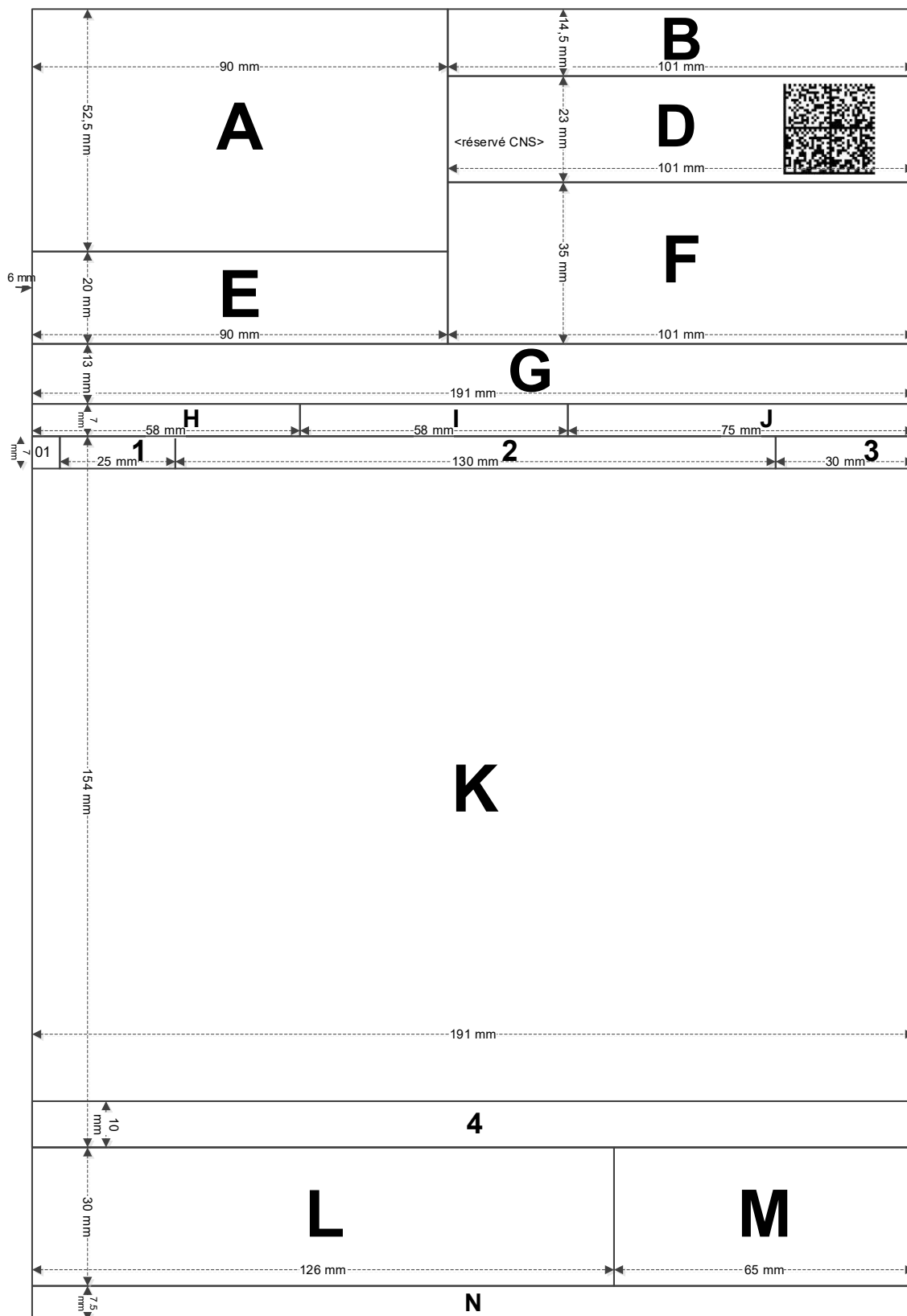
				13 - Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires 14 - Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons 15 - Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques 16 - Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse 17 - Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle 18 - Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie 19 - Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale 20 - Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur 21 - Équipement de mammographie
4	191,0*31,0	Arial 9	Motivation médicale + Rapport médical	Exposition des faits et critères justifiant le traitement. Case « Rapport médical en annexe » à cocher si rapport médical joint.
5	60,0*45,0	Arial 9	Nature du traitement*	Indication de la nature du traitement prescrit. A cocher ce qui convient : Consultation Examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.) Traitement ambulatoire Traitement stationnaire Cure thermique
6	60,0*45,0	Arial 9	Date prévue du début (si connue)	Date : JJ/MM/AAAA
7	45,0*45,0	Arial 9	Durée probable du traitement*	Nombre
8	26,0*45,0	Arial 9	Intervalle de la durée*	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
9	191,0*27,0	Arial 9	Disclaimer « Moyen de transport »*	En cas de demande pour un transport en série ou pour un transport simple et non-urgent en ambulance, veuillez s.v.p. joindre une ordonnance médicale au présent

				formulaire conformément aux dispositions prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1^{ère} partie des statuts de la Caisse nationale de santé. La case « Ordonnance médicale demandant un mode de transport autre que le transport public » est à cocher si ordonnance médicale jointe.
10	191,0*42,5		Indication « Attestation médicale »*	A cocher ce qui convient, conformément à l'article 33 du règlement grand-ducal : a) Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie. b) Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie. La demande émane de la demande expresse de la personne protégée qui souhaite se rendre à l'étranger pour la dispensation des prestations en question. c) Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée sont directement liées à un suivi d'un traitement initié auprès du prestataire étranger repris sous le point n°1 ci-avant et opposable à l'assurance maladie, et sont envisagées dans le cadre du suivi de ce traitement.
11	191,0*17,0	Arial 9	Justification de l'urgence médicale	Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin justifie l'urgence sur l'ordonnance remise au contrôle médical. Texte libre.
12	191,0*70,0	Arial 9	Avis administratif / avis médical	Zone réservée à l'administration CNS ou Contrôle médical de la sécurité sociale.
13	191,0*7,0	Arial 8	Disclaimer*	En l'absence de toute transmission numérique de la formule standardisée de l' « Ordonnance médicale : Demande

				d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger », la présente ordonnance est à envoyer à : 1) CNS - Service « Transfert à l'étranger » L-2980 Luxembourg 2) tae.cns@secu.lu 3) Fax : (+352) 2757 4309
--	--	--	--	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 42. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	130,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	30,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	191,0*10,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Par la présente, je certifie que cette demande respecte les conditions de prise en charge prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 43. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services pour lesquels aucune modalité spécifique de prescription n'est prévue aux articles 18 à 42, le médecin fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'article 16, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale ». La zone K de cette ordonnance médicale est remplie avec un texte libre, permettant ainsi au prescripteur de détailler les actes ou services à réaliser selon les besoins spécifiques du patient.

Chapitre III : Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 44. La mise en page de la demande d'autorisation au Contrôle de la sécurité sociale doit correspondre aux modalités suivantes :

6 mm	A	B	20 mm	<réservé CNS>	D	35 mm	F
	E						
	E	F			F		
	G						
	H		J				
	Position dentaire	Code acte	Libellé				Nbre
01							
02	K						
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
	L						
	M			N			
	O						

Les zones A, C, E et F sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire*	Le code prestataire du prestataire remplissant la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale (code à 8 positions attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 4 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale*	Le contenu de cette zone correspond à « Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale »
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	Inscription de la date de l'établissement de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale. Date : JJ/MM/AAAA
J	75,0*7,0	Arial 9	N° demande *	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
K		Arial 9 Bold Centré	En-tête colonne zone K	
	7,0*7,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	31,0*7,0	Arial 9	Position dentaire	Indication obligatoire de la position dentaire (le cas échéant). Les médecins inscrivent les dents traitées suivant la numérotation et codification détaillées à l'article 11.
	26,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit *	Indication du code acte que le médecin se propose de réaliser dans le cadre de sa demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale. Chaque indication distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Sur la présente demande, le médecin indique l'ensemble des codes actes qu'il se propose de réaliser.
	115,0*7,0	Arial 9	Libellé	Libellé de l'acte.

	12,0*7,0	Arial 9	Nbre *	Indication du nombre de fois qu'il est prévu de prester la position.
L	191,0*10,0	Arial 9	Prothèse provisoire	A cocher : Indication au Contrôle médical de la sécurité sociale que la demande en question concerne un traitement provisoire
M	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre à destination de la personne protégée
N	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	
O	191,0*7,5	Arial 7 Centré	Mention légale*	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/ . »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

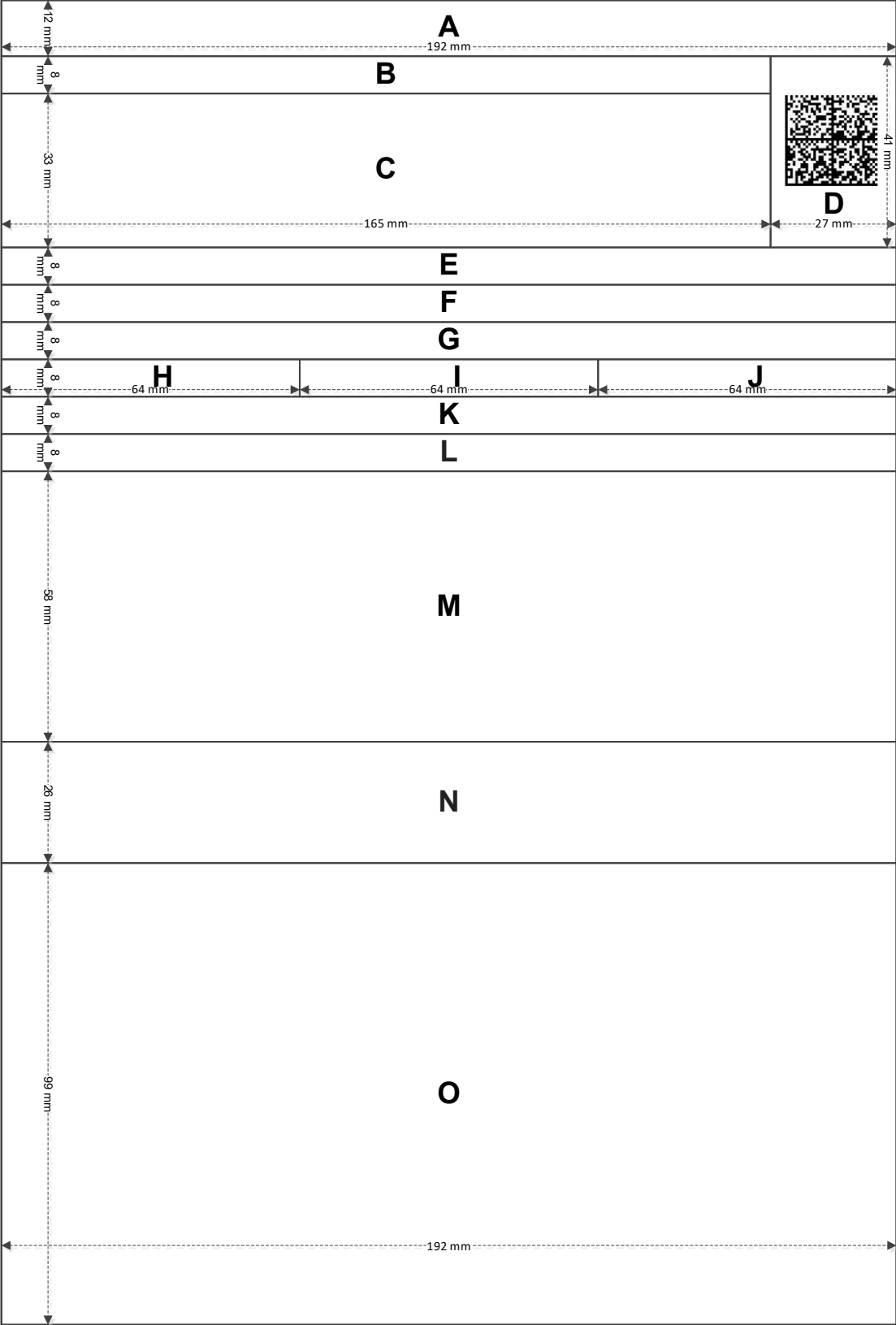
Avant toute appréciation médicale des demandes d'autorisations au Contrôle médical de la sécurité sociale par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'organisme compétent vérifie si les délais et autres conditions statutaires sont remplis du point de vue administratif. Dans la négative, le refus motivé est retourné à qui de droit avec la décision administrative qui s'impose.

Art. 45. Dans les cas où le prestataire établit une demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale sur plusieurs pages, comportant chacune dix-neuf lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) Les pages suivant la première page ont la même structure que la première page définie à l'article 44 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;
- 3) Le code-barres se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) Les zones L, M et N figurent uniquement sur la dernière page.

Chapitre IV : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 46. Dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, le médecin remplit la formule standardisée de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) qui doit correspondre aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	192,0*12,0	Arial 14 Bold Centré	Feuille de présence de la RCP*	1 - « Nouveau diagnostic » 2 - « Follow up ».
B	165,0*8,0	Arial 9	N° de la feuille de présence de la RCP*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
C	165,0*8,0	Arial 9	Données/étiquette de la personne protégée*	Titre
	165,0*25,0	Arial 9	Matricule* Prénom* Nom*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA L'étiquette avec les données de la personne protégée ne peut être utilisée que pour les versions papier sans transmission numérique de la formule standardisée de la feuille de présence de la RCP.
D	27,0*41,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 5 (20mm*20mm)
E	192,0*8,0	Arial 9	À*	« Caisse nationale de santé - Service prestations des médecins »
F	192,0*8,0	Arial 9	De*	« Médecin rapporteur RCP »
G	192,0*8,0	Arial 9	Objet*	« Compte-rendu de la RCP »
H	64,0*8,0	Arial 9	Date de la RCP*	Date : JJ/MM/AAAA
I	64,0*8,0	Arial 9	Heure de début*	Heure : hh:mm
J	64,0*8,0	Arial 9	Heure de fin*	Heure : hh:mm
K	192,0*8,0	Arial 9	Lieu de la RCP*	Lieu de la RCP : 1 - CHDN 2 - CHEM 3 - CHL 4 - HRS 5 - Autre
L	192,0*8,0	Arial 9, Bold pour maximum autorisé = 6	Les médecins* ayant contribué à la décision sont (maximum autorisé = 6 et minimum = 3 ; médecin	Titre

			rapporteur figure en position 1)	
M	191,0*10,0	Arial 9 centré	En-tête colonne zone L	
	6,0*8,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	28,0*8,0	Arial 9	Code médecin*	8 positions, code attribué par la CNS.
	90,0*8,0	Arial 9	Nom*	Nom du médecin.
	44,0*8,0	Arial 9	Spéc. médicale*	Spécialité médicale du médecin.
	24,0*8,0	Arial 9	Présence*	1 - Effective 2 - Vidéoconsultation
N	192,0*26,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Le médecin rapporteur certifie que : • les médecins susmentionnés ont participé à la réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie (RCP) • le rapport de réunion RCP a été rédigé et le patient a été informé du projet thérapeutique Le rapport de la réunion RCP fait désormais partie du dossier patient et sur demande une copie du rapport est transmise par le médecin rapporteur au Contrôle médical de la sécurité sociale.
O	192,0*99,0	Arial 9	Date*	Date : JJ/MM/AAAA
		Arial 9	Signature* et cachet du médecin rapporteur	Signature du médecin. La signature doit être accompagnée du cachet du médecin sur les versions papier de la feuille de présence de la RCP. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Chapitre V : Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale

Art. 47. En cas de mise en compte d'indemnités horo-kilométriques (K2) pour le service de remplacement des médecins généralistes dans un centre de permanence, dit « Maison médicale », le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :

										A 283 mm		B 97 mm		C 92 mm		D 14 mm		E 191 mm		F 92 mm		G 28 mm		H 31 mm		I 31 mm		J 56 mm		K 7 mm		L 193 mm	
N°										Heure de l'appel		Nom et prénom du patient		Matricule		Compteur		Localité															
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	28,5 mm	70 mm																						
H 42 mm										63 mm																							

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	283,0*13,0	Arial 14 Bold Centré	Service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale*	Titre
B	97,0*7,0	Arial 9	N° du décompte des indemnités horokilométriques*	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
C	92,0*7,0	Arial 9	Plage horaire*	1 - 08 à 16 2 - 16 à 24 3 - 20 à 24 4 - 00 à 07
D	191,0*7,0	Arial 9	Nom du médecin*	
	191,0*7,0	Arial 9	Nom de l'accompagnateur	
E	51,0*7,0	Arial 9	Plaque voiture*	Numéro de plaque de la voiture.
	140,0*7,0	Arial 9	Voiture*	1 - Voiture personnelle 2 - Voiture de service
F	38,0*7,0	Arial 9	Δ Plage horaire en h	Le médecin indique le nombre de toute heure entière prestée ou non par rapport à la plage horaire de la zone C. Exemple : une heure supplémentaire : +1 ; heure en moins : -1
	50,0*7,0	Arial 9	Région*	1 - Nord 2 - Centre 3 - Sud
	92,0*7,0	Arial 9	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
	92,0*7,0	Arial 9	Code exécutant prestataire	8 positions, code attribué par la CNS. Obligatoire en cas de facturation via code prestataire commun. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	92,0*7,0	Arial 9	Date du service*	Date du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA.
G		Arial 9 Bold Centré	En-tête colonne zone E	
	7,0*7,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	28,5*7,0	Arial 9	Heure de l'appel*	Heure : hh:mm

	129,5*7,0	Arial 9	Nom et prénom du patient*	
	31,0*7,0	Arial 9	Matricule*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
	31,0*7,0	Arial 9	Compteur*	
	56,0*7,0	Arial 9	Localité*	
H	42,0*7,0	Arial 9	Largeur Intitulés zone F	
	21,0*7,0	Arial 9	Compteur début (km)*	
	21,0*7,0	Arial 9	Compteur fin (km)*	
	21,0*7,0	Arial 9	Sous-total*	
	21,0*7,0	Arial 9	Privé médecin aller	
	21,0*7,0	Arial 9	Privé médecin retour	
	21,0*7,0	Arial 9	TOTAL des km à répartir*	
I	220,0*42,0	Arial 9	Signature du prestataire*	Signature du prestataire
J	27,0*42,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 6 (20mm*20mm)
K	63,0*7,0	Arial 9	Nombre de pages du décompte	XX/XX. Obligatoire si le décompte fait plusieurs pages.
L	220,0*7,0	Arial 7	Disclaimer*	Ce décompte est à transmettre à la CNS - Service Prestations des médecins

Chapitre VI : Certificats d'incapacité de travail

Section 1 : Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail

Art. 48. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail, le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :

9,5 mm	6,5 mm	90 mm	14,5 mm	B	101 mm	9,5 mm
	52,5 mm	A	23 mm	D	101 mm	
	20 mm	E	35 mm	F	101 mm	
	34,5 mm	CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL				
		G	Volet 1			
			191 mm			
	14 mm	H	191 mm			
	23 mm	I	191 mm			
	22,5 mm	J	191 mm			
	22,5 mm	K	191 mm			
	27 mm	L	191 mm			
	55 mm	M	191 mm			
	13 mm	N	191 mm			
	6,5 mm					

9,5 mm		6,5 mm		9,5 mm	
90 mm		14,5 mm	101 mm		
52,5 mm		23 mm	101 mm		
20 mm		35 mm	101 mm		
90 mm		101 mm			
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL Volet 2					
34,5 mm		191 mm			
14 mm		191 mm			
23 mm		191 mm			
28 mm		191 mm			
99 mm		130,5 mm		36,5 mm	
130,5 mm		58 mm		2,5 mm	
191 mm		68 mm		4,5 mm	
13 mm		191 mm			
6,5 mm					

9,5 mm		6,5 mm		9,5 mm	
90 mm		14,5 mm	101 mm		
A		23 mm	D		
52,5 mm		101 mm			
20 mm		35 mm	F		
90 mm		101 mm			
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL					
Volet 3					
34,5 mm		191 mm		G	
14 mm		191 mm		H	
23 mm		191 mm		I	
28 mm		191 mm		L	
99 mm					
13 mm		191 mm		M	
6,5 mm		191 mm		N	

Volet 1 :

Les zones A et E sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire*	Le code prestataire du prestataire remplissant le CIT (8 positions, code attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 7 (20mm*20mm)
F	101,0*35,0	Arial 11	NOM assuré(e) Prénom assuré(e) Adresse assuré(e) 1 ^{ère} ligne	« Patient : » NOM et prénom de la personne protégée Numéro et rue de la personne protégée
			Adresse assuré(e) 2 ^e ligne	
			Adresse assuré(e) 3 ^e ligne	
			Adresse assuré(e) 4 ^e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays - code postal - Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal - Localité
			Adresse assuré(e) 5 ^e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Nombre volet : Arial 10 Centré	Intitulé du CIT* Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » « Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente ⁽¹⁾ »
H	191,0*14,0	Arial 11 Bold Centré	Disclaimer*	« Le patient mentionné ci-dessus a été examiné par le prestataire soussigné et a été trouvé incapable de travailler : »
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».

				Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».
J	191,0*22,5	Arial 11	Code diagnostic et autres informations y relatives*	Si le patient se trouve dans l'un des cas repris au point (2), le prestataire coche (x) la case « OUI » et il indique le numéro du cas concerné (1, 2 ou 3). Si plusieurs cas s'appliquent, le prestataire indique le cas principalement concerné. Dans le cas contraire, le prestataire coche (x) la case « NON ».
K	191,0*22,5	Arial 11	Fait d'un tiers*	« Le patient déclare que l'incapacité de travail est la conséquence d'un acte d'une tierce personne (ex. violence physique, accident de la circulation, morsure de chien etc.)⁽³⁾ » Cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». « Date de l'acte de la tierce personne » : JJ/MM/AAAA
L	191,0*27,0	Arial 11	Date d'établissement du CIT et signature du prestataire*	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »
M	191,0*55,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) En cas d'envoi postal par l'assuré à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg au plus tard avant l'expiration du 3^e jour ouvré d'incapacité de travail. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau formulaire doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2^e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses

				données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d'information de la sécurité sociale. « (2) Cas 1 : Radiothérapie ou chimiothérapie classique en cours. Cas 2 : Transplantation d'organe / greffe de moelle il y a moins de 3 mois. Cas 3 : Patient hospitalisé depuis 3 semaines en continu à la date du certificat. (3) Veuillez dire au patient de remplir le formulaire y relatif disponible sur : www.cns.lu. Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du certificat réservées au prestataire, ce sous peine de sanctions et de nullité du certificat. »
N	191,0*13,0	Arial 7 Centré	Mention légale	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/»

Volet 2 :

Les zones A et E sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires. Les zones B, F, H, L et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail. Les zones J et K sont supprimées. Une zone O est ajoutée. Les zones D, G, I et M sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Zone libre

G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Nombre volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » « Volet 2 à transmettre à l'employeur ».
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI ⁽¹⁾ » ou la case « NON ⁽²⁾ ».
M	191,0*99,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Les sorties sont autorisées à partir du 6 ^{ème} jour entre 10.00 et 12.00 heures et entre 14.00 et 18.00 heures et pour toute sortie indispensable pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. (2) A l'exception des sorties indispensables pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. » L'assuré est tenu de fournir à la Caisse de maladie compétente son adresse exacte où il séjourne pendant son incapacité de travail si celle-ci diffère de son adresse habituelle via : www.cns.lu . En cas de séjour dans un pays différent de celui où l'assuré est domicilié ou affilié, une autorisation préalable de la caisse de maladie compétente est requise.

				L'observation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les assurés déclarés incapables de travailler peuvent être soumis à un contrôle administratif par la CNS entre 8.00 et 21.00 heures à leur domicile ou au lieu où ils séjournent pendant l'incapacité de travail. En cas d'absence, celle-ci devra être justifiée dans les 3 jours ouvrables. Le contrôle peut avoir lieu sans aucune restriction horaire dans les lieux publics. Si l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, veuillez l'assuré est prié de remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de l'incapacité de travail. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu. ».
O	58,0*58,0	-	Zone libre	Zone libre pour permettre l'apposition d'un code QR GouvCheck par l'administration

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 3 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail. Seules les zones G, I et M sont modifiées comme suit, et la zone O est supprimée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules	Intitulé du certificat* Nombre Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail »

		Centré Nombre volet : Arial 10 Centré		« Volet 3 à garder par le patient ⁽¹⁾ »
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI ⁽²⁾ » ou la case « NON ⁽³⁾ ».
M	191,0*99,0	Arial 8	Informations légales	« Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d'information de la sécurité sociale. « (2) Les sorties sont autorisées à partir du 6 ^{ème} jour entre 10.00 et 12.00 heures et entre 14.00 et 18.00 heures et pour toute sortie indispensable pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. (3) A l'exception des sorties indispensables pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin ou chez

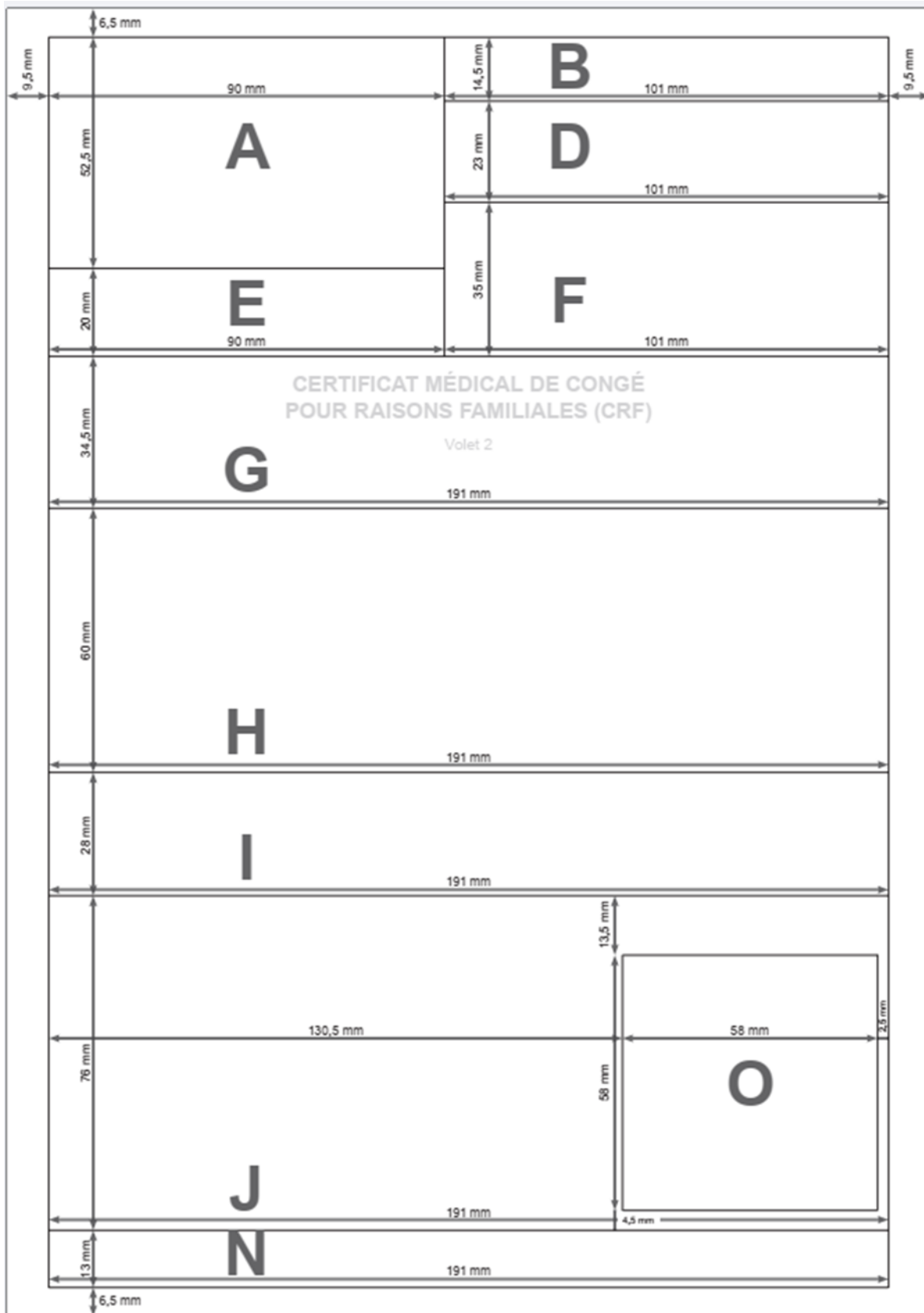
				tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. L'assuré est tenu de fournir à la caisse de maladie compétente son adresse exacte où il séjourne pendant son incapacité de travail si celle-ci diffère de son adresse habituelle via : www.cns.lu. En cas de séjour dans un pays différent de celui où l'assuré est domicilié ou affilié, une autorisation préalable de la Caisse de maladie compétente est requise. L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les assurés déclarés incapables de travailler peuvent être soumis à un contrôle administratif par la CNS entre 8.00 et 21.00 heures à leur domicile ou au lieu où ils séjournent pendant l'incapacité de travail. En cas d'absence, celle-ci devra être justifiée dans les 3 jours ouvrables. Si l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, l'assuré est prié de remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de votre l'incapacité de travail. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu. ».
--	--	--	--	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Section 2 : Certificat médical de congé pour raisons familiales

Art. 49. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :

A	B D F
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES (CRF) Volet 1 et 3 G	
H	
I	
J	
N	



Volet 1 :

Les zones A, B, D et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident de travail.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
E	90,0*20,0	Arial 11	Enfant* Matricule de l'enfant*	Nom et prénom de l'enfant. Matricule de l'enfant. Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient.
F	101,0*35,0	Arial 9	NOM assuré* Prénom assuré * Matricule assuré* Adresse assuré 1 ^{ère} ligne Adresse assuré 2 ^e ligne	« Assuré : » NOM et prénom de la personne protégée. Numéro et rue de la personne protégée Matricule de la personne protégée. Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance de la personne protégée.
			Adresse assuré(e) 3 ^e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays – code postal – Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal - Localité
			Adresse assuré(e) 4 ^e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
		Arial 8 Aligné à gauche	à Disclaimer*	Disclaimer : « Dans le cas où le CRF serait partagé entre les parents, deux certificats sont nécessaires. Les parents ne peuvent pas prendre le CRF en même temps. ».
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente ⁽¹⁾ »

H	191,0*60,0	Arial 11	Période CRF* Hospitalisation* Période prorogation*	« A) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période » du : JJ/MM/AAAA au : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». « B) Prorogation du CRF sur base de l'article L.234-52, dernier alinéa du Code du travail. L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période » du : JJ/MM/AAAA au : JJ/MM/AAAA
I	191,0*28,0	Arial 11	Date d'établissement du CRF et signature du prestataire*	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »
J	191,0*76,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) En cas d'envoi postal par l'assuré à la CNS, il se fait via l'adresse suivante : CNS - Département prestations en espèces L-2980 Luxembourg au plus tard avant l'expiration du 3^e jour ouvré d'incapacité de travail. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2^e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son

				consentement à la gestion numérique de ses données personnelles. « Plus d'informations sur : www.cns.lu ». « Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du certificat réservées au prestataire, ce sous peine de sanctions et de nullité du certificat. »
--	--	--	--	--

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 2 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical de congé pour raisons familiales. Seules les zones D, G et J sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Zone libre
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 2 à transmettre à l'employeur »
J	191,0*75,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle et pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2 du Code du travail, la durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat

				médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2^e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. » « La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit : » Un tableau reprend les 3 tranches d'âge avec la durée de jours de CRF respectifs : - 1^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours - 2^e tranche d'âge : de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis : 18 jours - 3^e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé : 5 jours « (*) pour les enfants bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire (conformément à l'article 274 du Code de la sécurité sociale), la durée du congé est doublée et la limite d'âge de 18 ans est portée à 25 ans ; en outre, la condition de l'hospitalisation prévue dans la 3^e tranche d'âge ne leur est pas applicable. Plus d'informations sur : www.cns.lu ».
O	58,0*58,0	-	Zone libre	Zone libre pour permettre l'apposition d'un code QR GouvCheck par l'administration

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 3 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical de congé pour raisons familiales. Seules les zones G et J sont modifiées comme suit et la zone O a été supprimée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 3 à garder par l'assuré »
J	191,0*76,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle et pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2 du Code du travail, la durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2^e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit (le solde de jours restants peut être consulté sur myguichet.lu) : » Un tableau reprend les 3 tranches d'âge avec la durée de jours de CRF respectifs : - 1^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours

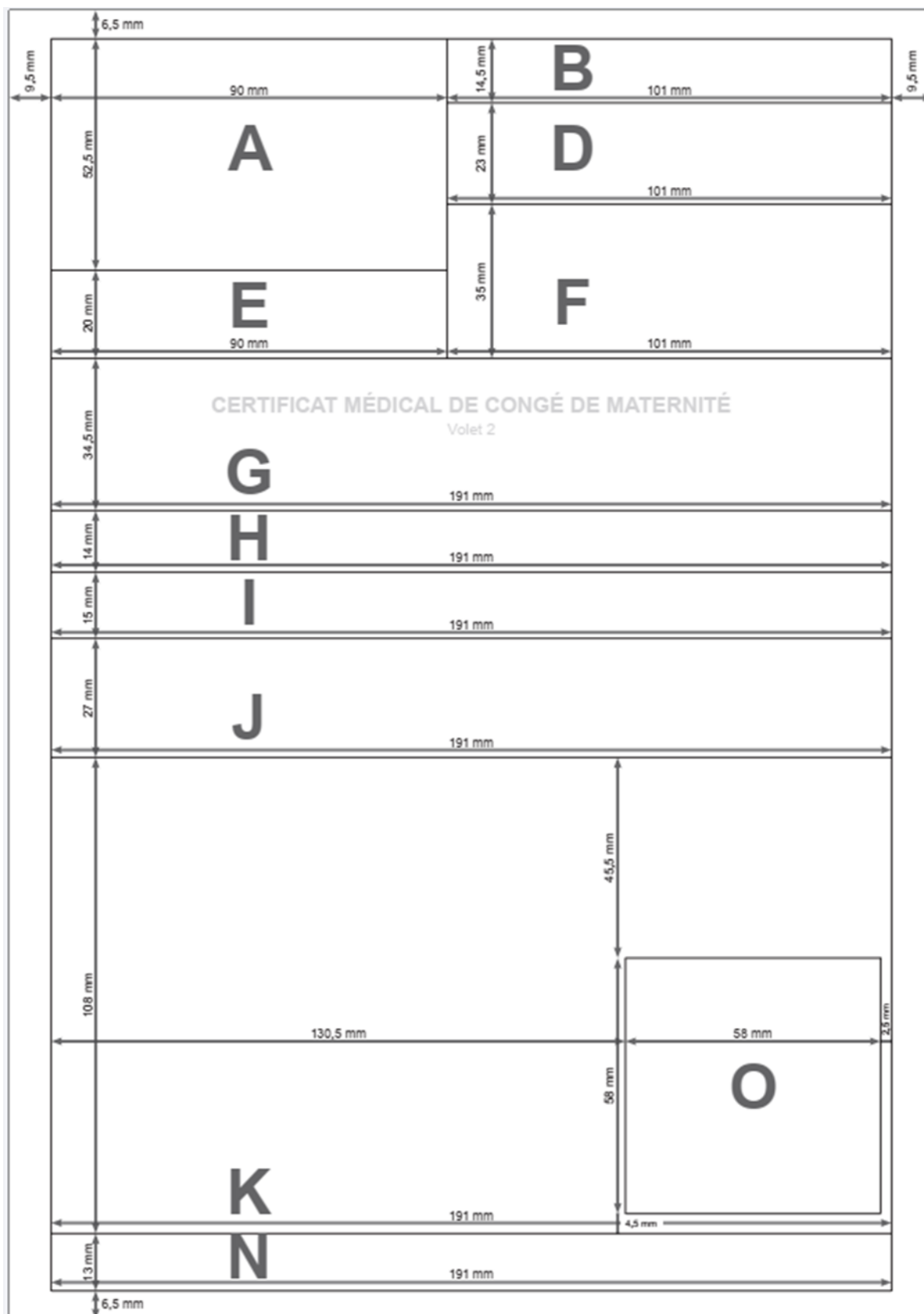
				- 2^e tranche d'âge : de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis : 18 jours - 3^e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé : 5 jours « (*) pour les enfants bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire (conformément à l'article 274 du Code de la sécurité sociale), la durée du congé est doublée et la limite d'âge de 18 ans est portée à 25 ans ; en outre, la condition de l'hospitalisation prévue dans la 3^e tranche d'âge ne leur est pas applicable. Pour avoir les informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles. « Plus d'informations sur : www.cns.lu ».
--	--	--	--	--

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Section 3 : Certificat médical de congé de maternité

Art. 50. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé de maternité, le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :

9,5 mm 52,5 mm 20 mm 34,5 mm 14 mm 15 mm 27 mm 108 mm 13 mm 6,5 mm	6,5 mm 90 mm A E 90 mm	14,5 mm 23 mm 35 mm 101 mm B D F 101 mm 101 mm 101 mm	9,5 mm 101 mm 101 mm 101 mm
	CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ Volet 1 et 3		
	G 191 mm H 191 mm I 191 mm J 191 mm K 191 mm N 191 mm		



Volet 1 :

Les zones A, B, D et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident de travail.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
E	90,0*20,0	Arial 11	Matricule* Patiente*	Matricule de la patiente Nom et prénom de la patiente
F	101,0*35,0	Arial 11	NOM assuré Prénom assuré Adresse assuré 1 ^{ère} ligne Adresse assuré 2 ^e ligne Adresse assuré 3 ^e ligne	« Patiente : » NOM et prénom de la personne protégée Numéro et rue de la personne protégée
			Adresse assuré 4 ^e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays – code postal – Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal – Localité
			Adresse assuré 5 ^e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Nombre volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé de maternité » « Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente ⁽¹⁾ »
H	191,0*14,0	Arial 11 Bold Centré	Disclaimer*	« La patiente mentionnée ci-dessus a été examinée par le prestataire soussigné et il a été constaté qu'elle est en état de grossesse »
I	191,0*15,0	Arial 11	Date présumée de l'accouchement*	« Date présumée de l'accouchement : » JJ/MM/AAAA
J	191,0*28,0	Arial 11	Date d'établissement du certificat médical de congé de	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »

			maternité et signature du prestataire*	
K	191,0*108,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Demande d’octroi du congé de maternité L’assurée demande l’octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l’aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l’accouchement et indiquant la date présumée de l’accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d’envoi postal par l’assurée à la CNS, il se fait à l’adresse suivante : CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg. Pour avoir les informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l’assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d’information de la sécurité sociale. « Plus d’informations sur : www.cns.lu. Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l’assuré ou par un tiers dans les rubriques du certificat réservées au prestataire, ce sous peine des sanctions et de nullité du certificat. »

Les champs munis d’un « * » sont obligatoires.

Volet 2 :

Les zones A, B, E, F, H, I et J sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical de congé de maternité. Seules les zones D, G et K sont modifiées comme suit et une zone O est ajoutée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Zone libre
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé de maternité » « Volet 2 à transmettre à l'employeur »
K	191,0*108,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« Durée du congé de maternité » La durée du congé prénatal est de 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement. Le congé postnatal s'étend sur 12 semaines après la date effective de l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal, sans que la durée totale du congé de maternité ne puisse dépasser 20 semaines. Si l'accouchement n'a lieu qu'après la date présumée, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement, sans que la durée du congé postnatal ne puisse être réduite. La durée du congé de maternité ne varie pas en cas d'accouchement multiple. Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur : www.cns.lu. Conditions d'octroi Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant le début du

				congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité. Demande d'octroi du congé de maternité L'assurée demande l'octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l'aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et indiquant la date présumée de l'accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg. Plus d'informations sur : www.cns.lu.
O	58,0*58,0	-	Zone libre	Zone libre pour permettre l'apposition d'un code QR GouvCheck par l'administration

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 3 :

Les zones A, B, D, E, F, H, I, J et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical de congé de maternité. Seules les zones G et K sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé de maternité » « Volet 3 à garder par la patiente »
K	191*107,5	Arial 8	Informations légales	« Durée du congé de maternité »

		Justifié		La durée du congé prénatal est de 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement. Le congé postnatal s'étend sur 12 semaines après la date effective de l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal, sans que la durée totale du congé de maternité ne puisse dépasser 20 semaines. Si l'accouchement n'a lieu qu'après la date présumée, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement, sans que la durée du congé postnatal ne puisse être réduite. La durée du congé de maternité ne varie pas en cas d'accouchement multiple. Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur : www.cns.lu. Conditions d'octroi Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité. Demande d'octroi du congé de maternité L'assurée demande l'octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l'aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et indiquant la date présumée de l'accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg.
--	--	----------	--	---

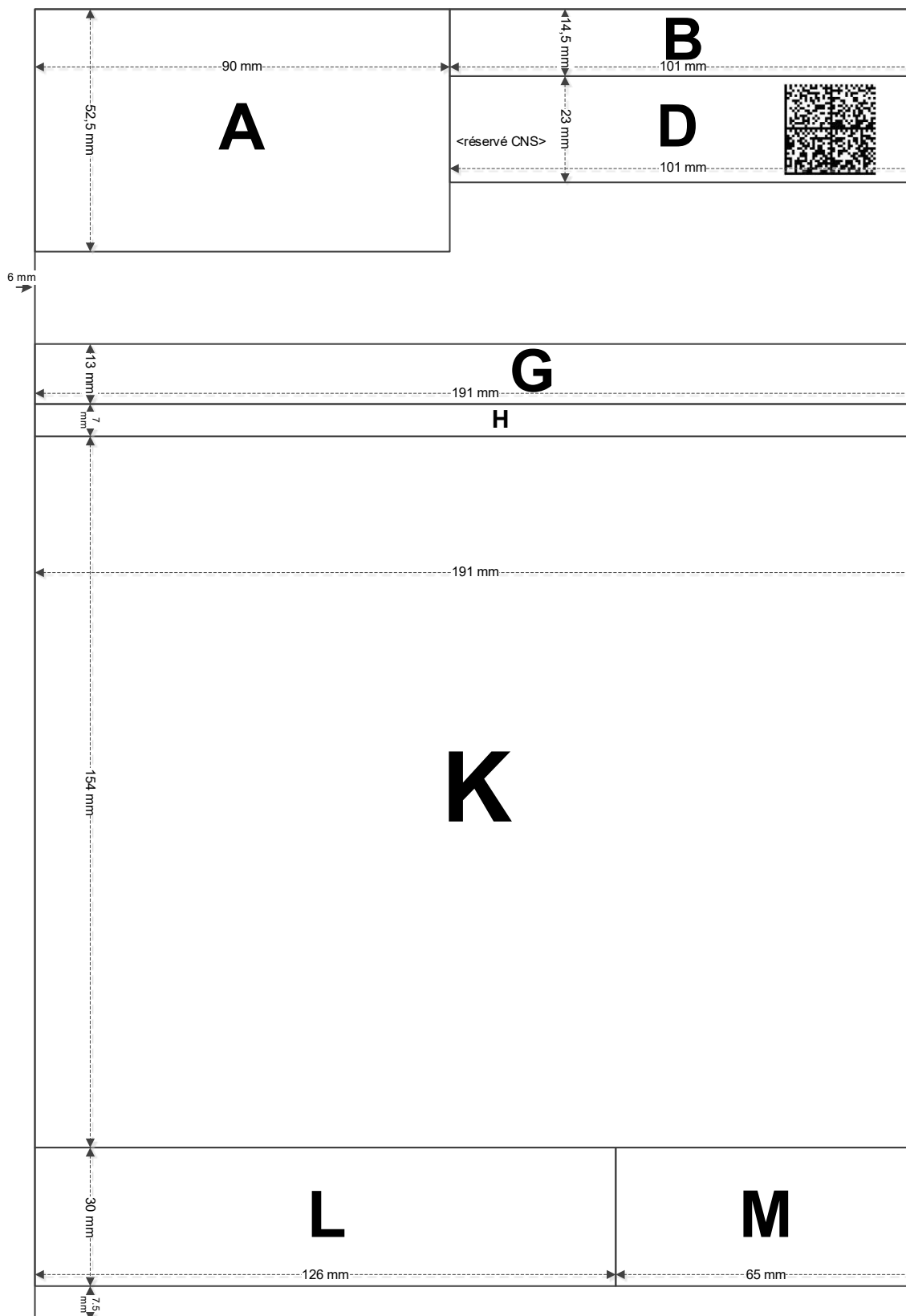
				Après l'accouchement, une copie de l'acte de naissance du nouveau-né est à présenter à la CNS. Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles. « Plus d'informations sur : www.cns.lu. »
--	--	--	--	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Chapitre VII : Déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Section 1 : Généralités relatives aux déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 51. La mise en page de la déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil doit correspondre aux modalités suivantes :



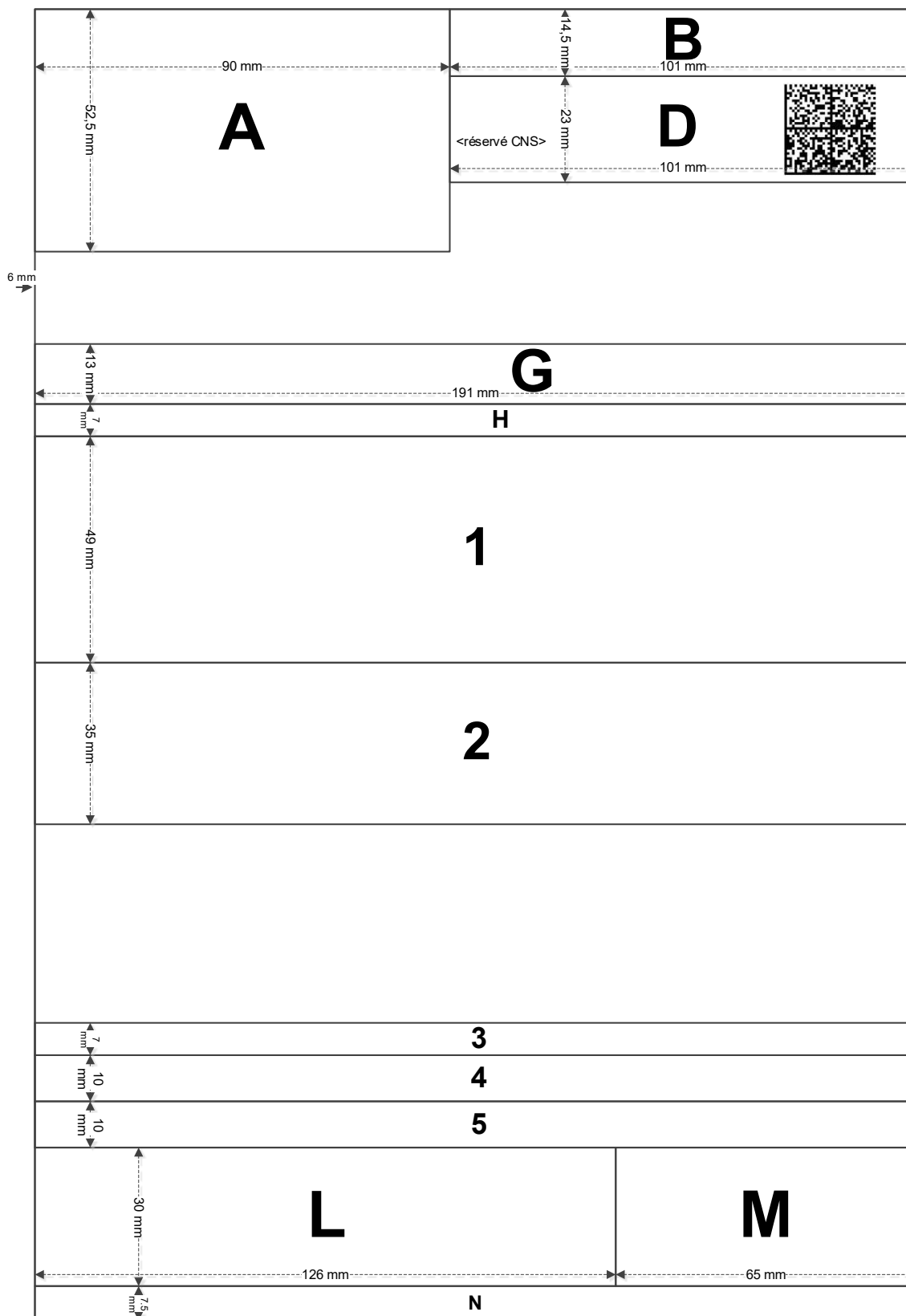
Les zones A et L sont identiques à celles prévues au niveau des ordonnances médicales.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire déclarant*	8 positions, code attribué par la CNS.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 8 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé de la déclaration*	Le contenu de cette zone varie en fonction des types de déclarations tels que décrits aux articles 52 - 54.
H	191,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement *	A défaut, la déclaration n'est pas opposable à l'assurance maladie. Date : JJ/MM/AAAA
K	191,0*154,0	Arial 9	Zone de déclaration*	Cette zone est réservée au prestataire pour l'inscription des déclarations. Le contenu de cette zone varie en fonction des types de déclarations tels que décrits aux articles 52 - 54. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une déclaration valable d'appareil.
M	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire déclarant	
N	191,0*7,5	Arial 7	Disclaimer*	« La CNS traite vos données dans le cadre de la gestion de vos forfaits pour frais d'utilisation d'appareil. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/ . »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Section 2 : Types de déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 52. Dans le cadre de la déclaration d'un nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :

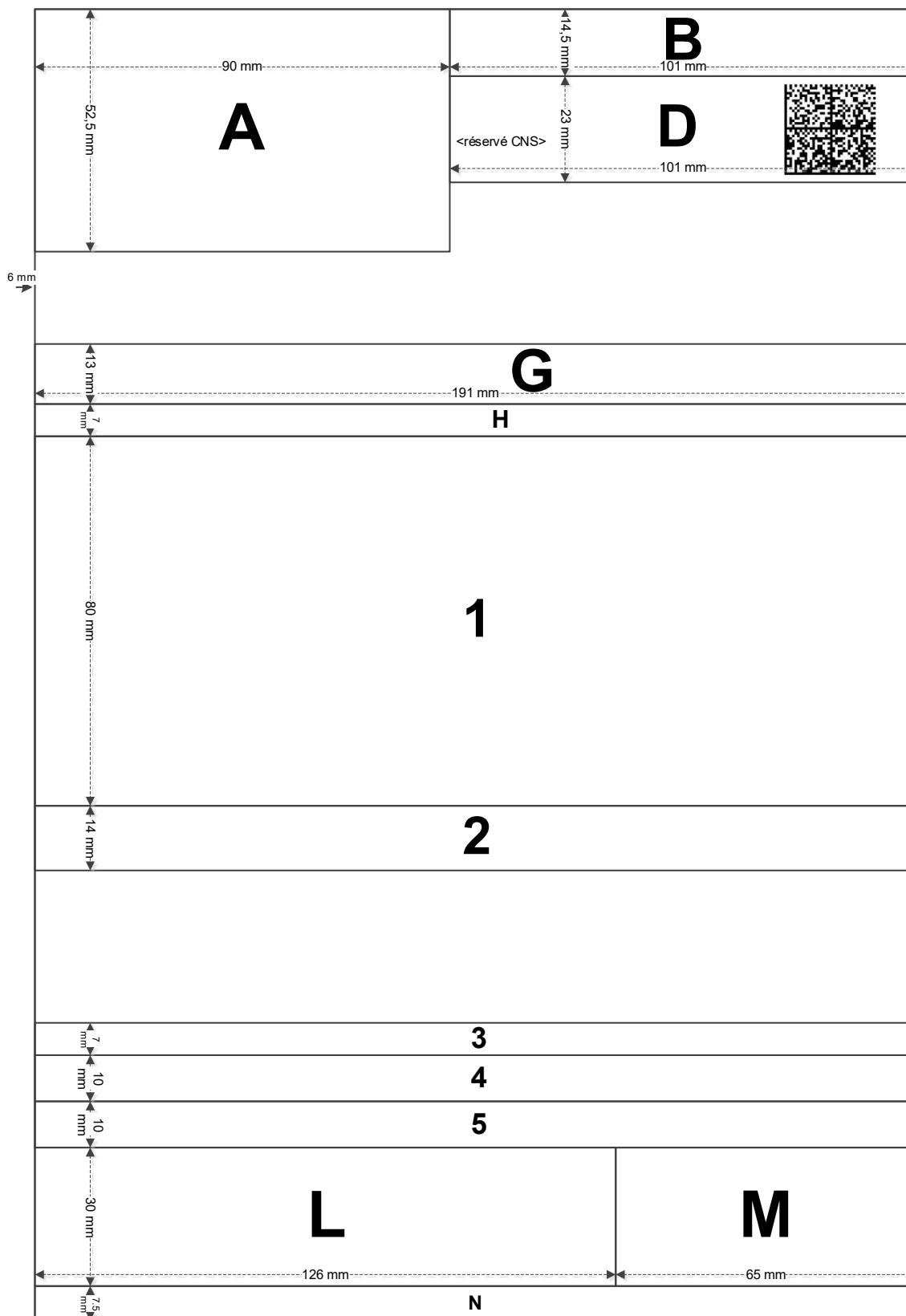


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Type*	Exemples : Echographe, cardiocotogramme, ...
	95,5*7,0		Marque*	
	95,5*7,0		Numéro de série*	
	95,5*7,0		Type d'acquisition*	Indication du type d'acquisition : 1 - Achat 2 - Leasing 3 - Location
	95,5*7,0		Date d'installation*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0		Valeur d'acquisition*	En « EUR ».
	191,0*7,0			
	95,5*7,0			
	95,5*7,0			
	95,5*7,0			
	95,5*7,0			
2	120,0*7,0	Arial 9 Bold	Pièces à joindre*	Titre
	120,0*7,0	Arial 9	Facture d'acquisition acquittée	Obligatoire en cas d'achat.
	120,0*7,0	Arial 9	Contrat de leasing signé	Obligatoire en cas de leasing.
	120,0*7,0	Arial 9	Contrat de location signé	Obligatoire en cas de location.
	120,0*7,0	Arial 9	Bon de livraison / réception signé avec numéro de série complet de l'appareil*	
3	191,0*7,0	Arial 9	Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil	
4	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil. »

5	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu . »
---	------------	---------	-------------	---

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 53. Dans le cadre de la déclaration d'un appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :

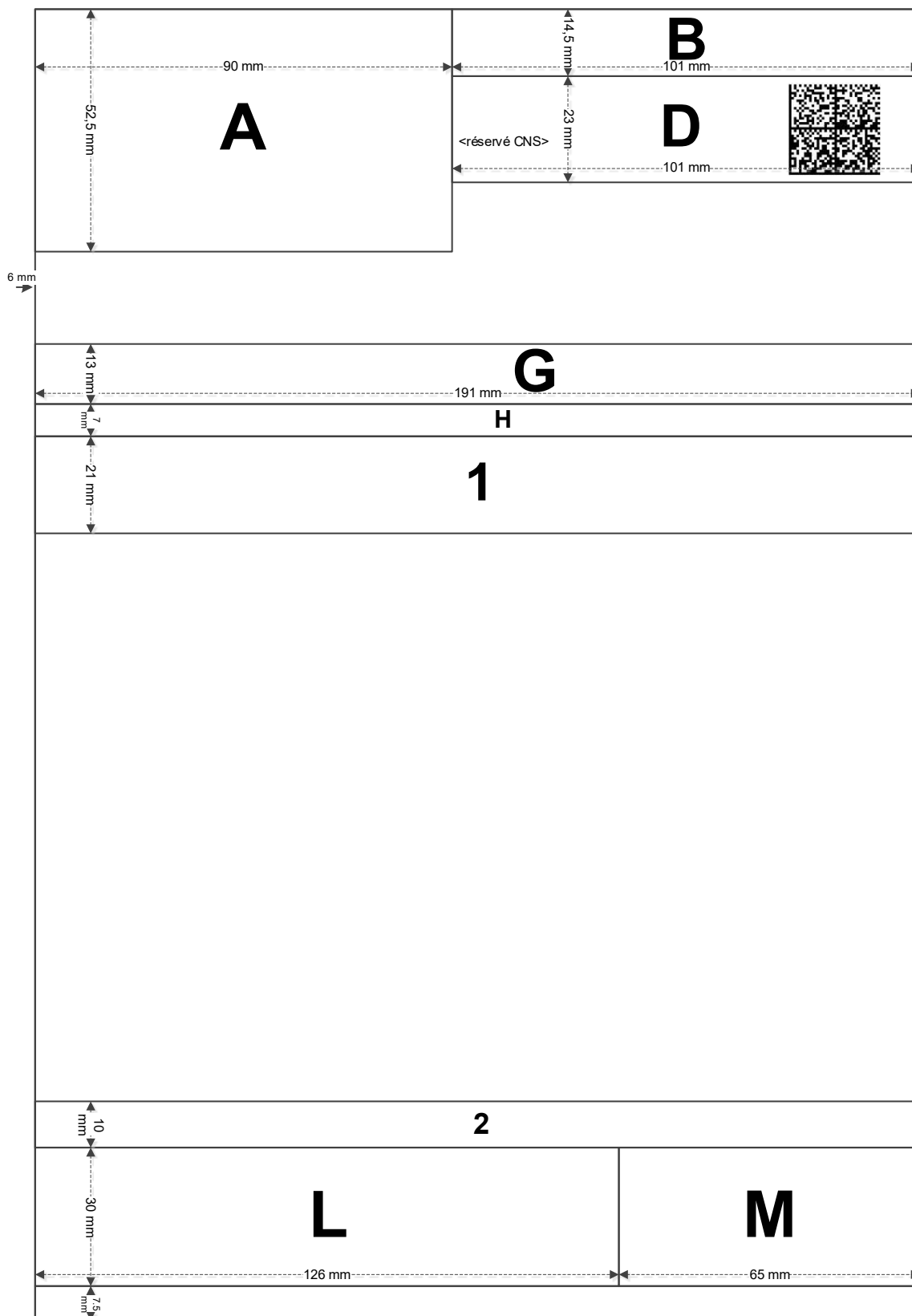


Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Type*	Exemples : Echographe, cardiotocogramme, ...
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Marque*	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Numéro de série*	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Première année de mise en service*	Date : AAAA
	95,5*7,0			
	191,0*7,0		Pays d'acquisition*	Indication du pays d'acquisition : 1 - Luxembourg 2 - À l'étranger
	95,5*7,0		Identifiant CNS appareil si achat au Luxembourg	15 positions, code attribué par la CNS.
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Date d'installation*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Valeur d'acquisition*	En « EUR ».
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Nom du propriétaire précédant / code prestataire si acquis au Luxembourg	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Compteur appareil	Obligatoire si pays d'acquisition autre que le Luxembourg.
	95,5*7,0			
2	120,0*7,0	Arial 9 Bold	Pièces à joindre*	Titre
	120,0*7,0	Arial 9	Facture d'acquisition acquittée*	Obligatoire en cas d'achat.
3	191,0*7,0	Arial 9	Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil	
4	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail

				mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil. »
5	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu . »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 54. Dans le cadre de la déclaration de la mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Identifiant CNS appareil*	15 positions, code attribué par la CNS.
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Date de la mise hors service*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0			
2	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu . »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Titre III : Listes du contenu des formules standardisées transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé par type de formule standardisée

Chapitre I : Facturation

Section 1 : Mémoires d'honoraires à l'exclusion de ceux émis dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 55. Le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, à l'exclusion de celles transmises dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire facturier
4	Matricule patient
5	Date de naissance du patient
6	Nom du patient
7	Prénom du patient
8	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire
9	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
10	Lieu d'exécution
11	Établissement hospitalier
12	Code prestataire exécutant
13	Date du
14	Date au
15	Heure
16	Dent
17	Code acte
18	Libellé / objet de l'acte
19	Préfixe
20	Suffixe
21	Face
22	Nombre acte
23	Montant brut acte
24	Code prestataire prescripteur
25	Numéro séance
26	UUID de l'autorisation généré par la CNS
27	Numéro de l'autorisation généré par la CNS

28	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
29	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
30	Date Ordonnance
31	Annexes au mémoire d'honoraires, en version PDF
32	Total
33	Sous-total
34	Report
35	Acompte à déduire
36	A Payer
37	Devise
38	Acquitté (oui/non)
39	Date acquittement
40	Mémoire d'honoraires en version PDF
41	Complément d'information*
42	Identifiant CNS appareil
43	Office social

*Le prestataire remplit le complément d'information prévu au tableau en se basant sur l'article 71.

Art. 56. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 57. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à l'article 55, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception transmission
3	Motif annulation

Art. 58. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Section 2 : Mémoires d'honoraires émis dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 59. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Code prestataire facturier
3	Matricule patient
4	Numéro accident patient
5	Date accident patient
6	Mémoire d'honoraires - Numéro
7	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
8	Identifiant prestation
9	Lieu d'exécution
10	Établissement hospitalier
11	Code prestataire exécutant
12	Date du
13	Date au
14	Heure
15	Dent
16	Code acte
17	Préfixe
18	Suffixe
19	Face
20	Nombre acte
21	Identifiant CNS appareil
22	Montant brut acte
23	Code prestataire prescripteur
24	Numéro séance

25	UUID de l'autorisation généré par la CNS
26	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
27	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
28	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
29	Annexes version PDF
30	Date Ordonnance
31	Devise
32	Complément d'information*
33	Office social

*Le prestataire remplit le complément d'information prévu au tableau en se basant sur l'article 71.

Art. 60. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Matricule patient
3	Identifiant mémoire d'honoraires
4	Total part statutaire
5	Total participation personnelle
6	Somme totale
7	Identifiant anomalie
8	Type anomalie
9	Code anomalie
10	Motif anomalie
11	Identifiant prestation
12	Nombre acte remboursé
13	Part statutaire
14	Participation personnelle
15	Montant opposable

Art. 61. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la validation par le médecin du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Indicateur validation médecin
3	Indicateur validation personne protégée
4	Indicateur acquittement participation personnelle

5	Référence paiement personne protégée
6	Référence à reprendre dans la communication du paiement effectué par la CNS

Art. 62. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la réponse suite à la validation par le médecin du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Montant part statutaire
2	Montant recouvrement
3	Montant payé
4	Identifiant recouvrement
5	Identifiant initiation paiement
6	Identifiant anomalie
7	Type anomalie
8	Code anomalie
9	Motif anomalie

Art. 63. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la contestation par le médecin du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Identifiant anomalie
3	Code contestation
4	Texte libre contestation

Art. 64. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de réponse suite à la contestation par le médecin du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse contestation
2	Identifiant anomalie
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 65. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à l'article 59, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID initiation de paiement à annuler
3	Motif annulation

Art. 66. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Section 3 : Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc / Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée

Art. 67. Le contenu des formules standardisées de relevés récapitulatifs accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc ou d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, conformément à l'article 13 du règlement grand-ducal, transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	Mois de facturation
3	UUID du décompte généré par le prestataire
4	Code prestataire facturier
5	Nom du prestataire facturier
6	Prénom du prestataire facturier
7	Nombre total de mémoires d'honoraires
8	Montant total demandé
9	Relevé récapitulatif en version PDF
10	UUID mémoire d'honoraires
11	Matricule patient
12	Nom du patient
13	Prénom du patient
14	Numéro accident patient
15	Date accident patient

16	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire
17	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
18	Lieu d'exécution
19	Code prestataire exécutant
20	Date du
21	Date au
22	Heure
23	Dent
24	Code acte
25	Préfixe
26	Suffixe
27	Face
28	Identifiant CNS appareil
29	Nombre acte
30	Montant brut acte
31	Code prestataire prescripteur
32	Numéro séance
33	UUID de l'autorisation généré par la CNS
34	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
35	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
36	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
37	Date Ordonnance
38	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF
39	Total
40	A Payer
41	Devise
42	Mémoires d'honoraires en version PDF
43	Complément d'information*
44	Office social

*Le prestataire remplit le complément d'information prévu au tableau en se basant sur l'article 71.

Art. 68. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du décompte généré par le prestataire
2	UUID du décompte généré par la CNS
3	Type anomalie
4	Code anomalie

5	Motif anomalie
---	----------------

Art. 69. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de relevé récapitulatif accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc ou d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 70. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Type anomalie
3	Code anomalie
4	Motif anomalie

Section 4 : Compléments d'informations

Art. 71. Dans le cadre de formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, les compléments d'informations pouvant être ajoutés par le prestataire sont publiés sur le site internet www.cns.lu, afin de permettre de fluidifier la prise en charge éventuelle par la CNS.

Chapitre II : Ordonnances médicales

Art. 72. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient

8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Justification médicale
22	Examen(s) réalisé(s) à des fins scientifiques
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 73. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Kinésithérapie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence
18	Intervalle de la fréquence

19	Type de traitement
20	Code pathologie
21	Rééducation post-chirurgicale (Date intervention)
22	Partie(s) du corps
23	Traitement à domicile
24	Version PDF de l'ordonnance

Art. 74. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Prénom prescripteur Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Nom du médicament
22	Dosage
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 75. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychothérapie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
----	--------

1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale -Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Disclaimer
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 76. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Diététique » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale -Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte

17	Code(s) pathologie
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 77. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Orthophonie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale -Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Traitement à domicile
22	Date début de l'affection
23	Diagnostic médical
24	Version PDF de l'ordonnance

Art. 78. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des sage-femmes » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire

3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Traitement à domicile
22	Justification médicale
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 79. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychomotricité » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration

14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour / semaine / mois)
21	Traitement à domicile
22	Version PDF de l'ordonnance

Art. 80. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Particularité
15	Heure
16	Code ou Numéro
17	Dénomination
18	Dosage
19	Forme pharmaceutique
20	Quantité prescrite
21	Unité prescrite
22	Quantité par administration
23	Unité par administration
24	Fréquence

25	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
26	Durée
27	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
28	Posologie
29	Motivation médicale
30	Version PDF de l'ordonnance

Art. 81. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport en série » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Nom de l'établissement
15	Adresse de l'établissement
16	Diagnostic
17	Traitement envisagé
18	Durée prévisible du traitement
19	Type de traitement
20	Prolongation
21	Moyen de transport - aller
22	Moyen de transport - retour
23	Fréquence
24	Intervalle
25	Justification médicale
26	Version PDF de l'ordonnance

Art. 82. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Date du transport
15	Localisation du transport
16	Type de trajet
17	Lieu de départ
18	Lieu d'arrivée
19	Adresse du lieu de séjour habituel
20	Nom de l'établissement
21	Adresse de l'établissement
22	Raisons médicales
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 83. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient

7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Raisons médicales
15	Type de transport
16	Version PDF de l'ordonnance

Art. 84. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Aides visuelles » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
	Zone Lunettes
14	Monture
15	Verres
16	VD (mm)
17	Sphère OD de loin
18	Sphère OG de loin
19	Sphère OD de près
20	Sphère OG de près
21	Cylindre OD de loin
22	Cylindre OG de loin
23	Cylindre OD de près

24	Cylindre OG de près
25	Axe OD de loin
26	Axe OG de loin
27	Axe OD de près
28	Axe OG de près
29	Prisme OD de loin
30	Prisme OG de loin
31	Prisme OD de près
32	Prisme OG de près
33	Addition de près
34	Foyer variable
35	Bifocal
36	Combiné
37	Teinte
38	Indication médicale
	Zone Lentilles
39	VD (mm) (lunettes)
40	Sphère OD
41	Sphère OG
42	Cylindre OD
43	Cylindre OG
44	Axe OD
45	Axe OG
46	Indication médicale
47	Version PDF de l'ordonnance

Art. 85. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient

10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Diagnostic médical / Intervention chirurgicale
15	Date de l'intervention chirurgicale
16	Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique
	Pour chaque partie du corps
17	Prescription, précédée du numéro d'ordre
18	Partie latérale du corps concernée - Gauche
19	Partie latérale du corps concernée - Droit
20	Partie latérale du corps concernée - Bilatéral
21	Nombre
22	Type de tricotage
23	Degré minimal de compression (mmHg)
24	Code ou libellé prescrit
25	Durée du traitement (semaines)
26	Durée de mise en place (heures)
27	Motivation pour demande de renouvellement anticipée
28	Version PDF de l'ordonnance

Art. 86. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Pied diabétique » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration

14	Numéro d'ordre fourniture
15	Nombre de chaussures / paires de fournitures
16	Motivation pour demande de renouvellement anticipé
17	Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 87. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration
14	Type de prise en charge
15	Code acte
16	Côté
17	Version PDF de l'ordonnance

Art. 88. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur

6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Disclaimer
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 89. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration
14	Nom du Médecin
15	Code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle
16	Date de début du traitement parallèle
17	Durée approximative du traitement parallèle
18	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
19	Version PDF de l'ordonnance

Art. 90. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration
14	Indication de la spécialité vers laquelle le transfert est demandée
15	Version PDF de l'ordonnance

Art. 91. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale – Date d'expiration

14	Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger
15	Diagnostic précis moyennant codification ICD10/CIM10
16	Équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée
17	Motivation exposant les faits et critères
	<u>Pour chaque traitement sélectionné</u>
18	Nature du traitement
19	Date prévue du début (si connue)
20	Durée probable du traitement
21	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
	<u>Fin des données relatives au traitement</u>
22	Rapport médical
23	Version PDF du rapport médical
24	Ordonnance Transport
25	UUID Ordonnance transport
26	Date Ordonnance transport
27	Version PDF de l'ordonnance transport
28	Indication « Attestation médicale » - a)
29	Indication « Attestation médicale » - b)
30	Indication « Attestation médicale » - c)
31	Justification de l'urgence médicale
32	Version PDF de l'ordonnance

Art. 92. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient

10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale -Date d'expiration
14	Code acte
15	Nombre acte
16	Disclaimer
17	Version PDF de l'ordonnance

Art. 93. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 72 à 92 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 94. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée d'ordonnance médicale, transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 95. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Type anomalie
3	Code anomalie
4	Motif anomalie

Chapitre III : Demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 96. Le contenu des formules standardisées de « Demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire
4	Nom du prestataire
5	Prénom du prestataire
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale - Numéro interne du prestataire
12	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale - Date d'établissement
13	Position dentaire
14	Code acte
15	Libellé
16	Nombre acte
17	Prothèse provisoire
18	Version PDF de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale
19	Annexes à la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, en version PDF

Art. 97. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 98. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée d'une demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, transmises sous forme de données structurées

et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 99. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Type anomalie
3	Code anomalie
4	Motif anomalie

Chapitre IV : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 100. Le contenu des formules standardisées de « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Numéro de la feuille de présence de la RCP
4	Matricule patient
5	Prénom patient
6	Nom patient
7	Destinataire
8	Rédacteur
9	Objet
10	Date de la RCP
11	Heure de début
12	Heure de fin
13	Lieu de la RCP
14	Lieu si autre
15	Disclaimer
	<u>Pour chaque prestataire présent</u>
16	Code prestataire

17	Nom prestataire
18	Spécialité médicale
19	Présence
20	Date

Art. 101. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre V : Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale

Art. 102. Le contenu des formules standardisées de « Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Numéro du décompte des indemnités horokilométriques
4	Plage horaire
5	Δ Plage horaire en h
6	Nom médecin
7	Nom accompagnateur
8	Plaque voiture
9	Voiture
10	Région
11	Code prestataire facturier
12	Code prestataire exécutant
13	Date du service début
14	Date du service fin
15	Heure de l'appel
16	Nom et prénom patient

17	Matricule patient
18	Compteur
19	Localité
20	Compteur début
21	Compteur fin
22	Privé médecin aller
23	Privé médecin retour
24	Total des km à répartir
25	Version PDF de l'ordonnance

Art. 103. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre VI : Certificats d'incapacité de travail

Art. 104. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type Document	X	X	X
2	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	X	X	X
3	Type CIT	X	X	X
4	Code prestataire prescripteur	X	X	X
5	Nom prestataire	X	X	X
6	Prénom prestataire	X	X	X
7	Matricule patient	X	X	X
8	Date de naissance patient	X	X	X
9	Nom du patient	X	X	X
10	Prénom du patient	X	X	X
11	Numéro accident patient	X	X	X
12	Date accident patient	X	X	X
13	Date début incapacité de travail	X	X	X

14	Date fin incapacité de travail	X	X	X
15	Hospitalisation	X	X	X
16	Sortie autorisée	X	X	X
17	Code diagnostic	X		
18	Cas	X		
19	Numéro Cas	X		
20	Fait de tiers	X		
21	Date fait de tiers	X		
22	Date établissement document	X	X	X
23	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 105. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé pour raisons familiales » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type	X	X	X
2	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	X	X	X
3	Type CIT	X	X	X
4	Code prestataire prescripteur	X	X	X
5	Nom prestataire	X	X	X
6	Prénom prestataire	X	X	X
7	Matricule parent assuré	X	X	X
8	Date de naissance du parent	X	X	X
9	Nom du parent	X	X	X
10	Prénom du parent	X	X	X
11	Matricule du patient mineur	X	X	X
12	Date de naissance du patient mineur	X	X	X
13	Nom du patient mineur	X	X	X
14	Prénom du patient mineur	X	X	X
15	Date début de l'incapacité de travail	X	X	X
16	Date fin de l'incapacité de travail	X	X	X
17	Hospitalisation	X	X	X
18	Prorogation	X	X	X
19	Date établissement document	X	X	X
20	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 106. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé de maternité » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type	X	X	X
2	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	X	X	X
3	Type CIT	X	X	X
4	Code prestataire prescripteur	X	X	X
5	Nom prestataire	X	X	X
6	Prénom prestataire	X	X	X
7	Matricule patient	X	X	X
8	Date de naissance patient	X	X	X
9	Nom du patient	X	X	X
10	Prénom du patient	X	X	X
11	Date présumée accouchement	X	X	X
12	Date établissement document	X	X	X
13	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 107. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 104 - 106 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 108. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de certificat d'incapacité de travail, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Motif annulation

Art. 109. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Type anomalie
3	Code anomalie

4	Motif anomalie
---	----------------

Chapitre VII : Déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 110. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur
6	Déclaration - Numéro interne du prestataire
7	Déclaration - Date d'établissement
8	Type
9	Marque
10	Numéro de série
11	Type d'acquisition
12	Date d'acquisition
13	Valeur d'acquisition
14	Adresse e-mail
15	Consentement
16	Annexes version PDF
17	Version PDF de la déclaration

Art. 111. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur

6	Déclaration - Numéro interne du prestataire
7	Déclaration - Date d'établissement
8	Type
9	Marque
10	Numéro de série
11	Première année de mise en service
12	Pays d'acquisition
13	Identifiant CNS appareil si achat au Luxembourg
14	Date d'acquisition
15	Valeur d'acquisition
16	Code médecin du propriétaire précédent (achat au Luxembourg)
17	Nom du propriétaire précédent (achat à l'étranger)
18	Adresse e-mail
19	Consentement
20	Annexes version PDF
21	Version PDF de la déclaration

Art. 112. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur
6	Déclaration - Numéro interne du prestataire
7	Déclaration - Date d'établissement
8	Identifiant CNS appareil
9	Adresse e-mail
10	Consentement
11	Date de la mise hors service
12	Version PDF de la déclaration

Art. 113. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 110 - 112 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 114. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Motif annulation

Art. 115. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Type anomalie
3	Code anomalie
4	Motif anomalie

Annexe II : DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules

Inscire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

┌ T T T T T T T T T T T T T ┐

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

┌ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┐

(Rue) _____ (N°) _____

(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée (pièces justificatives à joindre) (*)

Nom _____

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

┌ T T T T T T T T T T T T T ┐

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

┌ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┐

(Rue) _____ (N°) _____

(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____

Liste de toute affection de longue durée, dont la personne protégée est atteinte

N° ALD	┌ T T T ┐	┌ T T T ┐	┌ T T T ┐	┌ T T T ┐	┌ T T T ┐	┌ T T T ┐
	┌ _ _ _ ┐	┌ _ _ _ ┐	┌ _ _ _ ┐	┌ _ _ _ ┐	┌ _ _ _ ┐	┌ _ _ _ ┐

Identification du médecin référent

Nom _____

Code médecin:

┌ T T T T T T T T ┐

Prénom _____

┌ _ _ _ _ _ _ _ _ ┐

Accès au dossier de soins partagé (DSP)

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder le contenu de son DSP.

Personne protégée (ou représentant légal)	Médecin référent
Date et signature	Date, signature et cachet

La déclaration dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



(*)optionnel

Annexe III : RÉSUMÉ PATIENT

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : Date d'établissement : (dd/mm/aaaa)
Type de déclaration : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant
Version du résumé patient : ☐ Original ☐ Modification
Dépositaire du résumé patient : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant
☐ Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent	Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel :	Code médecin individuel :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom : Nom matrimonial :
Date de naissance : Suffixe du matricule : F ☐ M ☐
Autre numéro identifiant : Type autre identifiant :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom : Tél :

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre le code du type de contact dans la 2^{ème} colonne)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "**Prise en charge par**" vous référencez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :

Rappel : Prochaine consultation prévention prévue :

CARNET VACCINAL

Vaccination de base				
VACCINATIONS	ETAT			RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
d T aP IPV – Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	☐	à jour	☐	pas à jour
Ou				
D – Diphtérie	☐	à jour	☐	pas à jour
T – Tétanos	☐	à jour	☐	pas à jour
aP – Coqueluche	☐	à jour	☐	pas à jour
IPV – Poliomyélite	☐	à jour	☐	pas à jour

Patients à partir de 60 ans

PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques	☐	à jour	☐	pas à jour
--	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Patients à partir de 65 ans

Flu - Grippe saisonnière	☐	à jour	☐	pas à jour
--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Vaccinations pour personnes adultes à risque

Nom du vaccin:	☐	à jour	☐	pas à jour
----------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Autres vaccinations

Nom du vaccin:	☐	à jour	☐	pas à jour
Nom du vaccin:	☐	à jour	☐	pas à jour
Nom du vaccin:	☐	à jour	☐	pas à jour

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON			LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	☐	Oui	☐	Non	
Disposition de fin de vie	☐	Oui	☐	Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation
Directive anticipée	☐	Oui	☐	Non	
Autre	☐	Oui	☐	Non	

Signature auteur du document:

RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : Date d'établissement : (dd/mm/aaaa)
 Type de déclaration : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant
 Version du résumé patient : ☐ Original ☐ Modification
 Dépositaire du résumé patient : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant
☐ Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent	Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel :	Code médecin individuel :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Suffixe du matricule : ☐ F ☐ M
 Autre numéro identifiant : Type autre identifiant :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom : Tél :

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES PRE- ET PERINATAUX

ACCOUCHEMENT PREMATURE:

☐

Oui

☐

Non

TERME DE L'ACCOUCHEMENT:

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

HANDICAP

Bénéficiaire d'allocations sociales majorées pour un handicap

☐

Oui

☐

Non

Handicap reconnu : %

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention :

Rappel : Prochaine consultation prévention prévue :

COURBE DE CROISSANCE

TAILLE		POIDS		PERIMETRE CRANIE (jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)		BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)	
	P		P		P		

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS		SI PAS UNIS		MODE DE GARDE				
		Mère	Père					
	Divorcés		Isolée		Père		Nourrice	
	Séparés		Famille recomposée		Mère		Crèche	
	Unis					Mère et père		Maison relais/Foyer
	Veuf/Veuve					Familiale		Cantine
					Autre :			
Autre(s) élément(s) important(s):								

RESUME CARNET VACCINAL

LES VACCINATIONS DE LA PETITE ENFANCE (0-2 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de la petite enfance sont	à jour	pas à jour
ou		
D T aP IPV Hib HepB - Vaccin hexavalent	à jour	pas à jour
D T aP IPV Hib - Vaccin pentavalent	à jour	pas à jour
RV - Rotavirus	à jour	pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C	à jour	pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumococcique conjugué	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (5-6 ANS)

VACCIN	ETAT	
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
La prochaine vaccination est à partir de 12 ans.		

LA VACCINATION DES FILLES A PARTIR DE 12 ANS

VACCIN	ETAT	
HPV - Infections à Papillomavirus (3 injections)		
1ère injection	à jour	pas à jour
2ème injection	à jour	pas à jour
3ème injection	à jour	pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.		

LES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENCE (A PARTIR DE 15 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de l'adolescence sont :	à jour	pas à jour
ou		
d T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans		

LES VACCINATIONS POUR NOURRISSON ET ENFANT A RISQUE

VACCIN	ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière	☐	à jour	☐	pas à jour	
Autre vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	
Autre vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	
Autre vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	

AUTRES VACCINATIONS

VACCIN	ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Nom du vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	
Nom du vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	
Nom du vaccin :	☐	à jour	☐	pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON			LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	☐	Oui	☐	Non	
Disposition de fin de vie	☐	Oui	☐	Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation
Directive anticipée	☐	Oui	☐	Non	
Autre	☐	Oui	☐	Non	

Signature auteur du document:

Annexe IV : RELEVÉ BIENNAL DE L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Description du relevé biennal ALD établi par le médecin référent et transmis par celui-ci via la plateforme Agence eSanté à la Caisse nationale de santé (CNS).

I. Format technique des données transmises par fichier

Le relevé reprend les règles de format écrites ci-après dans les échanges électroniques avec la CNS :

➤ **A :** Variable alphanumérique

Exemples :

- Numéro ALD (5A/N) : « ALD01 »

➤ **N :** Variable numérique

Exemples :

- Code individuel du prestataire (8N): « 90123456 »
- Numéro de matricule (13N): « 1912345678912 »
- Numéro DMR (9N) : « 201512345 »

➤ **AAAAMMJJ :** Date

Exemple :

- Date d'envoi prestataire (8AAAAMMJJ) : « 20160731 »

II. Description du layout du fichier XML

La CNS tient à la disposition du médecin référent le fichier électronique correspondant à la description complète du layout du fichier de facturation (.xsd). Les zones ou données obligatoires sont décrites ci-dessous.

Les formatages et structures publiées sur le site de la CNS sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du layout est signalée au médecin référent qui dispose d'un délai de 3 mois pour s'y conformer.

Libellé des zones	Définition et Exemple
Entête du relevé biennal ALD	
Référence relevé biennal ALD	Référence attribuée par le prestataire
Cadre légal	Valeur « MED »
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier : « 001 »
Type de fichier	Valeur « ALD »
Organisme	Valeur : « 18 »
Prestataire fournisseur	Code du prestataire fournissant le relevé biennal ALD à la CNS
Période de référence	Année (2016) et mois (07)
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le relevé biennal ALD a été envoyé par le prestataire à la CNS
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Retour Organisme	
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre de déclarations exploitables	Nombre de déclarations exploitables
Nombre de déclarations non exploitables	Nombre de déclarations non exploitables
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Nombre d'ALD exploitables	Nombre d'ALD exploitables
Nombre d'ALD non exploitables	Nombre d'ALD non exploitables
Date d'entrée organisme	Date de réception par la CNS
Date envoi organisme	Date envoi retour par la CNS « RETALD »
Médecin référent	
Prestataire	Code individuel du médecin référent
Déclaration(s) MR	
Déclaration individuelle	
Numéro DMR	Numéro DMR de la relation MR
Matricule	Matricule de la personne protégée
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau déclaration MR)	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

ALD(s)	
ALD	
Numéro ALD	Numéro de l'affection de longue durée dont est atteinte la personne protégée (en relation avec la déclaration individuelle)
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau ALD(s))	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

Remarque :

- Pour la variable reprise en « grisé », le champ est rempli par la CNS lors du retour du fichier de facturation traité.

REVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT D'UN COMMUN ACCORD

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*) _____
(Rue) _____ (N°) _____

(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____

Numéro d'identification:

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée
(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)

Nom _____
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*) _____
(Rue) _____ (N°) _____

(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____

Numéro d'identification:

Identification du médecin référent

Nom _____

Prénom _____

Code médecin:

Numéro de la déclaration D M R

Date <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			Personne protégée (ou représentant légal)	Médecin référent
	Signature	Signature et cachet																		

La révocation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel

(*)optionnel

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Personne protégée

Nom

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

[T T T T T T T T T T T T T]

Prénom(s)

┌ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐ ┐

Adresse de correspondance(*)

(Rue)

 (N^a)

(Pays)

(CP)

(Localité)

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée

(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)

Nom

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

┌ T T T T T T T T T T T T T T

Prénom(s)

[illegible]

Adresse de correspondance(*)

(Rue)

(N°)

(Pays)

(CP)

(Localité)

[T T T T T T T T T]

D M R

└ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘

Date	Personne protégée (ou représentant légal)
J T T T T T T T J L L L L L L L L L	Signature

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel



* D M R R U P Q Q 3 *

Médiation CNS / AMMD relative au renouvellement des conventions conclues entre la Caisse nationale de santé (CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) pour les médecins et les médecins-dentistes

Procès-verbal de non-conciliation

14.08.2026

Médiateur : Me Elisabeth Omes, avocat à la Cour

Secrétariat du Médiateur :

Mme Isabelle Heuertz Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

Présents pour la CNS aux réunions de médiation :

José BALANZATEGUI Président de la CNS

Claude FRIEDEN Membre de la direction CNS

Mike WALCH Membre de la direction CNS

Présents pour l'AMMD aux réunions de médiation :

Dr Chris ROLLER Président de l'AMMD

Dr Carlo AHLBORN Vice-Président de l'AMMD

Dr Sébastien DIEDERICH Secrétaire général de l'AMMD

Me François PRUM Avocat à la Cour, conseil de l'AMMD

1. Cadre légal et réglementaire applicable à la médiation

a. Code de la sécurité sociale (CSS) (extraits)

Relations dans le secteur extra-hospitalier

Art. 61

Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Il est conclu une convention distincte :

1) pour les médecins ;

2) pour les médecins--dentistes ;

(...)

Art. 62

Les conventions sont conclues par la Caisse nationale de santé et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.

(...)

Art. 63

Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation biennale de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.

Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

(...)

Art. 69

En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67 ou sur les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

A défaut d'entente collective :

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé ;*
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention ;*
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,*

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.

Art. 70

(1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale conformément à l'article 456bis qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise. Les conventions et les sentences arbitrales sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme coordonnée.

b) Règlement grand-ducal modifié du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du code des assurances sociales (RGD de 1993) (extraits)

Art. 3.

Les parties sont convoquées par les soins du secrétariat administratif aux jour et heure ainsi qu'à l'endroit fixés par le médiateur.

Elles comparaissent en personne ou par fondé de procuration.

Elles exposent au médiateur leur position sur les points litigieux. Le médiateur peut demander aux parties d'étayer celle-ci dans une note écrite dans un délai qu'il leur fixe.

Le médiateur peut ordonner toute mesure d'instruction qu'il juge nécessaire et s'adjoindre à cet effet des experts, qu'il désigne.

Après avoir entendu les parties et procédé aux mesures d'instruction nécessaires, le médiateur soumet ses propositions de médiation aux parties.

Il peut leur accorder un délai pour prendre position sur cette proposition.

Il peut, s'il le juge opportun, reformuler ses propositions initiales.

Art. 4.

Si les parties acceptent la proposition de médiation, elles signent la convention ou l'avenant tenant compte des solutions proposées par le médiateur.

Si les parties ne peuvent pas accepter la proposition du médiateur dans le délai imparti à celui-ci par la loi, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation reprenant les positions des parties au litige, les renseignements ou expertises recueillis ainsi que ses propres propositions.

Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au greffe du Conseil supérieur de la sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige. Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige.

2. Contexte de la médiation

Conformément aux dispositions du CSS, l'AMMD a dénoncé les conventions conclues entre l'AMMD et la CNS en exécution de l'article 61 et suivants du CSS (médecins et médecins-dentistes) par lettre recommandée du 30 octobre 2025.

En application de l'article 63, alinéa 2 du CSS, le délai de préavis est de 12 mois et prendra fin le 30 octobre 2026.

La dénonciation des conventions par l'AMMD a conduit à l'ouverture d'une procédure de négociation en vue du renouvellement desdites conventions.

En date du 13 novembre 2025, la CNS a informé (Mémorial A N° 486 du 13 novembre 2025) que le début des négociations en vue du renouvellement total des conventions prévues, en conformité avec l'article 63, alinéa 2 du CSS, avec le groupement professionnel possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif de la profession des médecins et de la profession des médecins-dentistes est fixé au mercredi, 17 décembre 2025.

Lors d'une première réunion tenue le 18 décembre 2025, la CNS a commencé les négociations avec l'AMMD, en sa qualité de groupement professionnel possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif de la profession des médecins et des médecins-dentistes. D'autres réunions ont eu lieu notamment les 14 janvier 2026, 28 janvier 2026, 25 février 2026 et 18 mars 2026.

Etant donné qu'au 30 avril 2026, ni la CNS ni l'AMMD n'avait signé les conventions modifiées, l'IGSS a été saisie en vue du déclenchement de la procédure de médiation prévue par l'article 69 alinéa 2 du CSS.

Par lettre du 4 mai 2026, par laquelle le Président de la CNS a informé l'IGSS du défaut d'entente collective dans le cadre des négociations en vue du renouvellement des conventions conclues entre la CNS et l'AMMD pour les médecins et les médecins-dentistes à la suite du délai de six mois à partir de la date de dénonciation des conventions respectives, à savoir le 30 octobre 2025. Par la même lettre, le Président de la CNS a demandé le déclenchement de la procédure de médiation.

En application de l'article 69, alinéa 2 du CSS, l'IGSS a convoqué les parties à une réunion en vue de la désignation du médiateur. En date du 13 mai 2026, les parties signataires se sont entendues sur la désignation du médiateur en la personne de Me Elisabeth Omes, avocat à la Cour.

3. Procédure de médiation

Lors de la réunion de désignation du médiateur qui a eu lieu le 13 mai 2026, il a été décidé d'un commun accord de regrouper les médiations relatives aux médecins et aux médecins-dentistes. Deux réunions de médiation se sont tenues entre le médiateur avec les représentants de la CNS et les représentants de l'AMMD, à savoir le 21 mai 2026 et le 24 juin 2026.

Afin de mieux pouvoir cerner les positions des parties, il leur a été demandé lors de la réunion du 21 mai 2026 de transmettre leurs positions écrites détaillant leurs arguments respectifs à destination du médiateur pour le 17 juin 2026. Le médiateur a également demandé aux parties de prendre position par rapport aux trois questions suivantes, transmises aux parties le 10 juin 2026.

- Est-ce que les parties ont des propositions de modification des conventions autres que celles déjà discutées avant la médiation ?¹

¹ Le médiateur s'est notamment posé la question s'il n'était pas utile d'inclure d'autres moyens de communication que le téléphone au code CP7 ou d'essayer de convenir contractuellement des contours de la notion d'« utile et nécessaire » prévue à l'article 23 du CSS.

- Est-ce que les conventions peuvent prévoir une durée temporelle pour certaines dispositions ou une possibilité / obligation de revoir périodiquement certaines dispositions le cas échéant suivant certains critères ?
- Est-ce que les parties ont des commentaires sur les dispositions obligatoires des conventions (et leur version) qui seraient fixées par voie de règlement grand-ducal, en cas d'échec de la médiation ?

Les prises de positions écrites ont été communiquées au médiateur le 17 juin 2026, échangées entre les parties et discutées lors de la réunion de médiation du 24 juin 2026, fixée consécutivement à la rencontre annoncée entre l'AMMD avec le Premier Ministre.

3.1. Positions écrites des parties

3.1.1. Position écrite de la CNS

Dans sa prise de position écrite du 17 juin 2026, la CNS soutient que, à la suite de la dénonciation des conventions par l'AMMD, les négociations menées entre les parties devaient, à son avis, rester strictement limitées au champ conventionnel. Selon la CNS, l'AMMD a certes souhaité aborder simultanément des questions politiques, législatives et conventionnelles, mais la CNS a dû rappeler qu'elle était légalement compétente uniquement pour négocier et conclure les conventions applicables aux médecins et aux médecins-dentistes. Elle en déduit que la médiation et les discussions ne peuvent, sur le plan juridique, porter que sur les dispositions conventionnelles, sans dépasser le cadre tracé par la législation actuelle.

Dans ce cadre, la CNS fait valoir que les négociations sur les conventions ayant précédé la médiation, se sont progressivement concentrées sur un nombre très limité de points. D'après le procès-verbal du 28 janvier 2026, la seule demande de modification encore pendante émanant de l'AMMD concernait les articles 110 et 111 relatifs à l'indemnisation des coûts numériques. Les autres sujets évoqués relevaient, selon la CNS, du cadre légal et non conventionnel. La CNS indique également qu'aucune modification n'était nécessaire pour certains autres articles, tandis qu'une solution a été recherchée pour les coûts numériques sous la forme d'une participation forfaitaire.

La CNS relève ensuite que, lors de la réunion du 25 février 2026, l'AMMD aurait marqué son accord sur un montant de 0,10 EUR par document pour cette indemnisation forfaitaire. Par ailleurs, la CNS avait elle-même proposé une modification de l'article 24bis des deux conventions, présentée comme une mesure de simplification administrative. Des projets de texte ont ensuite été transmis en vue de la réunion du 18 mars 2026.

Selon la compréhension de la CNS, les représentants de l'AMMD ont, lors de cette réunion du 18 mars 2026, validé à l'unanimité les modifications des articles 110, 111 et 24bis. Le Président de la CNS, M. Balanzategui, a alors constaté que ces validations rendaient inutile toute réunion supplémentaire sur ces points et que les projets de conventions pouvaient être soumis au Conseil d'administration de la CNS du 25 mars 2026. La CNS ajoute que l'AMMD n'aurait formulé aucune objection à cet égard.

Enfin, après l'approbation des projets par son Conseil d'administration le 25 mars 2026 et leur transmission à l'AMMD le 27 mars 2026, la CNS considère que, faute d'autres revendications

conventionnelles exprimées par l'AMMD, les textes transmis reflètent fidèlement l'accord intervenu entre les parties.

En résumé : la position écrite de la CNS est que les négociations ne pouvaient légalement porter que sur les conventions, que les points conventionnels encore discutés étaient limités et ont été réglés, que l'AMMD a validé les principales modifications techniques proposées, et que les projets finalement approuvés par la CNS correspondent dès lors à la volonté commune exprimée au cours des négociations.

Sur question orale du médiateur suite à la présentation orale de cette position à la réunion du 24 juin 2026, la CNS a précisé que même si le CA de la CNS avait approuvé le texte des conventions, il ne les avait pas signées.

3.1.2. Position écrite de l'AMMD

Dans sa prise de position écrite du 17 juin 2026, l'AMMD explique son refus de marquer son accord avec les nouvelles conventions négociées avec la CNS en le replaçant dans un contexte plus large de déception politique et institutionnelle. Elle rappelle que l'accord de coalition 2023-2028 du gouvernement Frieden / Bettel annonçait une réorientation de la politique de santé luxembourgeoise en faveur de la médecine libérale et indépendante, avec un renforcement des soins ambulatoires, une meilleure attractivité des cabinets médicaux, la création d'un cadre pour les sociétés de médecins et un élargissement des équipements autorisés hors hôpital.

Selon l'AMMD, ces engagements n'ont toutefois pas été suivis d'effets. Après deux années de gouvernement Frieden / Bettel, elle constate que le cadre légal de la « nouvelle médecine » n'a pratiquement pas évolué, malgré ses multiples démarches auprès des autorités politiques. Elle estime en outre que le gouvernement n'a pas fait de cette réforme une priorité et qu'il a, au contraire, poursuivi une politique principalement favorable au secteur hospitalier.

En parallèle, les discussions avec la CNS sur la revalorisation de la valeur de la lettre-clé ont mis en évidence, selon l'AMMD, les limites du système actuel de rémunération des médecins. L'association conteste un mécanisme qui ne tient pas compte de l'augmentation des charges supportées par les cabinets médicaux indépendants, lesquels ne bénéficient pas des mêmes soutiens financiers que les hôpitaux. Elle souligne aussi qu'aucune hausse des honoraires médicaux n'a été accordée, alors que les rémunérations dans le secteur hospitalier ont progressé. La médiation menée à ce sujet en 2025 a échoué et le Conseil supérieur de la sécurité sociale (CSSS) a finalement suivi la position défendue par la CNS devant le CSSS (différente de la position qu'elle adoptait lors de la médiation lors de laquelle elle avait finalement proposé une augmentation de 1.34%) en accordant 0 % d'augmentation.

Au-delà de la question tarifaire, l'AMMD critique plus fondamentalement le cadre légal applicable à la profession médicale. Elle considère notamment que le conventionnement généralisé et obligatoire est incompatible avec l'exercice libéral et indépendant de la médecine et contraire à des normes juridiques supérieures. Pour l'AMMD, le problème ne tient donc pas uniquement au contenu des conventions avec la CNS, mais également à un ensemble de règles légales qu'elle juge inadéquates.

C'est dans ce contexte qu'elle a dénoncé les conventions la liant à la CNS, non seulement pour contester leur contenu, mais surtout pour provoquer une réaction des autorités et ouvrir un débat

politique plus large. Les réformes souhaitées portent notamment sur la gouvernance de la CNS, la représentativité de certains assurés, les modalités de fixation de la lettre-clé, la révision de certaines règles techniques jugées incompatibles avec une médecine moderne (principe de « l'utile et nécessaire » et son interprétation actuelle), l'encadrement des certificats de maladie et le subventionnement des infrastructures des cabinets médicaux à l'instar de celui des hôpitaux.

Enfin, l'AMMD précise que, bien qu'elle ait participé aux négociations avec la CNS et aux discussions avec le ministère de la Santé au début de 2026, elle avait annoncé dès le départ qu'elle n'était pas encline à signer de nouvelles conventions tant que le cadre légal ne serait pas adapté. Faute d'avancées concrètes, elle a donc refusé de signer les textes finalement élaborés avec la CNS.

En résumé : l'AMMD justifie son refus de signer la nouvelle convention par l'absence de mise en œuvre des réformes promises en faveur de la médecine libérale, par le blocage de la revalorisation des honoraires médicaux, et par sa contestation plus générale du cadre légal actuel qu'elle estime désuet et structurellement défavorable aux médecins indépendants.

3.2. Points discutés oralement lors des deux réunions de médiation

Lors des réunions des 21 mai et 24 juin 2026, les parties ont eu l'occasion de présenter, voire compléter leurs positions écrites et d'échanger leurs vues sur le volet conventionnel et extra-conventionnel.

Positions de l'AMMD

L'AMMD présente le désaccord comme dépassant largement le seul contenu technique des conventions. Elle explique que la dénonciation des conventions visait à ouvrir un débat plus large sur le cadre applicable à l'exercice de la médecine libérale. Selon elle, les conventions actuelles sont devenues inadaptées, car elles ne tiennent pas suffisamment compte des évolutions de la médecine moderne ni des réalités économiques des cabinets médicaux. L'AMMD estime en particulier que plusieurs difficultés sont d'ordre légal, structurel et politique, et non simplement conventionnel.

Dans cette logique, l'AMMD critique notamment le système de revalorisation de la lettre-clé, qu'elle considère insuffisant et mal conçu, ainsi que le critère de « l'utile et nécessaire » et son interprétation, qu'elle juge inadaptés à la pratique médicale actuelle. Elle conteste aussi certaines conséquences pratiques du système actuel, notamment en matière de qualification de certains actes, de cumul, de certificats, de collecte d'informations par la CNS sur les convenances personnelles, et plus généralement de financement du secteur ambulatoire. Elle met également en avant des questions de gouvernance, de représentation au sein de la CNS et de place accordée à la médecine libérale dans le système de santé. Enfin, elle laisse entendre qu'il existe un désaccord plus fondamental sur le conventionnement obligatoire.

Lors de la réunion de médiation du 24 juin 2026, l'AMMD a déploré le fait que la CNS ne l'ait pas soutenu dans ses efforts de pousser le gouvernement Frieden / Bettel à revoir, voire adapter le cadre légal et s'est demandé si ce manque de soutien s'expliquait notamment par le fait que la CNS voudrait dicter ses tarifs. La CNS y a répondu qu'il n'était pas nécessaire de modifier le cadre légal sur ce point étant donné que ce dernier prévoyait déjà une fixation des tarifs conventionnelle et non unilatérale.

Positions de la CNS

La CNS adopte une approche plus circonscrite. Elle rappelle que, juridiquement, son rôle se limite à la négociation des conventions conclues avec l'AMMD. Elle considère dès lors que les revendications de l'AMMD qui portent sur la législation, sur les choix politiques de santé ou sur l'architecture générale du système dépassent son champ de compétence. Pour la CNS, la médiation ne peut donc utilement porter que sur les questions conventionnelles et non légales.

La CNS souligne aussi que plusieurs réunions de négociation ont déjà eu lieu et qu'elles ont permis d'aboutir à certaines adaptations conventionnelles, notamment sur des points techniques. Elle met en avant que certains amendements ont été validés, puis soumis à son conseil d'administration. Dans son analyse, le blocage ne résulte donc pas d'un désaccord persistant sur le texte conventionnel en tant que tel, mais du fait que l'AMMD conditionne sa signature à des évolutions relevant du cadre légal, que la CNS ne peut pas elle-même accorder.

Autres points de discussion

D'autres points de discussion et de désaccord abordés lors de la réunion du 24 juin 2026 touchent les convenances personnelles qui, d'après l'AMMD, ne devraient pas figurer dans les conventions (car non opposables à la CNS), la question du conventionnement automatique et obligatoire (qui n'existe pas dans d'autres pays) et la notion et l'interprétation du critère de « l'utile et nécessaire ».

Quant aux questions posées par le médiateur, l'AMMD a répondu que les problèmes dépassaient le cadre des conventions et touchaient des enjeux plus structurels. La CNS a répondu à la première question qu'il n'y aurait pas d'autres modifications à faire aux conventions et à la deuxième que le CSS ne permettait pas de prévoir des durées temporelles pour certaines dispositions des conventions. La CNS a questionné la pertinence de la troisième question, étant donné qu'il ne lui appartenait pas d'interférer dans l'élaboration d'un règlement grand-ducal, dont la responsabilité relève du Gouvernement. Elle a cependant confirmé que les dispositions obligatoires reprises dans la version des conventions soumises à médiation lui convenaient pleinement.

Les discussions ont ainsi révélé plusieurs points de divergence majeurs entre les parties et les limites ou faiblesses du cadre légal actuellement en place dont le contenu devrait être revu en vue d'une éventuelle réforme ou modifications.

4. Perspectives et conclusions

Point central de divergence

- l'AMMD soutient que les conventions ne peuvent pas être dissociées des règles légales et des choix structurels voire politiques qui encadrent la médecine libérale ;
- la CNS soutient au contraire qu'elle est liée par le cadre légal actuel et qu'elle ne peut traiter que ce qui relève strictement du champ conventionnel.

Points de convergence

Malgré les divergences exprimées lors des deux réunions de médiation, le médiateur a constaté que les deux parties ont fait preuve d'écoute, de compréhension et de coopération. Elles ont accepté de poursuivre la médiation, malgré leurs divergences.

Le médiateur a pris acte des positions exprimées par les parties et a souligné la nécessité de poursuivre un dialogue constructif pour parvenir à un accord. Lors des discussions au sujet de la troisième question soulevée par le médiateur, il a été rappelé aux parties que, à défaut de signature des conventions, l'article 70 (2) du CSS prévoit qu'un règlement grand-ducal fixant les dispositions de la convention serait adopté, une solution qui ne devrait pas être préconisée, car moins flexible pour les parties.

5. Propositions de médiation

Après avoir lu les prises de position écrites et entendu les parties dans leurs explications et observations respectives, le médiateur constate que la CNS et l'AMMD n'ont pas su trouver eux-mêmes un accord à l'issue des réunions de médiation, notamment en raison des limites et contraintes posées par le cadre légal actuel. Conformément à l'article 3 du RGD de 1993, le médiateur est tenu de soumettre ses propositions de médiation aux parties.

Le médiateur propose une méthode en deux volets connectés et indissociables, consistant à sécuriser immédiatement ce qui peut encore l'être sur le plan conventionnel, tout en organisant de manière formelle, visible et datée le traitement des revendications structurelles et légales qui, selon l'AMMD, ont motivé la non-signature des conventions.

À l'issue des échanges intervenus dans le cadre de la médiation entre la CNS et l'AMMD, il est en effet proposé de distinguer, pour les besoins d'une sortie ordonnée de la situation de blocage actuelle, les questions relevant du champ conventionnel de celles qui appellent un traitement au niveau légal, réglementaire ou politique.

- Volet conventionnel

Les parties prendraient acte que leurs positions demeurent divergentes quant à la portée du désaccord, la CNS considérant que la négociation ne peut porter que sur les conventions, tandis que l'AMMD estime que ces conventions ne peuvent être dissociées du cadre légal et structurel dans lequel elles s'inscrivent.

Sans préjudice de leurs positions respectives, les parties conviendraient de reprendre comme base de travail les projets de conventions déjà négociés et arrêtés.

La CNS et l'AMMD conviendraient que cette reprise de la base conventionnelle ne vaut ni approbation globale de l'architecture actuelle du système, ni renonciation par l'AMMD à ses critiques relatives au cadre légal, ni reconnaissance par la CNS d'une compétence au-delà de son champ légal d'intervention.

Sous ces réserves et en vue de permettre la continuité conventionnelle et d'éviter une rupture brutale du cadre applicable, **les parties s'engagent à signer les conventions dans leur version du 18 mars 2026** (étant donné que lors de la procédure de médiation aucune nouvelle modification n'a été proposée), tout en s'imposant dans le protocole d'accord dont il sera question ci-dessous, des clauses de réexamen et de modification d'un commun accord à échéance semestrielle fixe, selon lesquelles les parties se réuniraient à nouveau et pour une première fois avant le 30 octobre 2026 afin d'évaluer, à la lumière des travaux externes et institutionnels en cours, l'opportunité de modifier ou de compléter les conventions.

- **Volet extra-conventionnel**

Parallèlement, il serait acté dans un protocole d'accord que **l'AMMD maintient ses revendications** relatives notamment à la revalorisation de la lettre-clé, à l'existence et l'interprétation du critère de « l'utile et nécessaire », à la place de la médecine ambulatoire, aux frais de fonctionnement des cabinets, aux convenances personnelles, à la gouvernance de la CNS et, plus largement, au cadre de la médecine libérale.

Il serait également convenu que, sans nécessairement devoir adhérer aux revendications de l'AMMD et dans les limites de ses compétences légales, **la CNS donne son appui à l'AMMD** dans ses démarches au niveau légal et politique et ne s'oppose pas à l'idée d'une réforme ou modernisation du cadre légal et réglementaire encadrant les conventions.

Les parties conviendraient de formaliser dans le protocole d'accord, dans un calendrier commun, la liste des questions relevant de trois niveaux distincts.

- Au niveau conventionnel, les points susceptibles d'être réglés directement entre la CNS et l'AMMD avec un calendrier des dates de réexamen des conventions.
- Au niveau technique ou institutionnel, les sujets pouvant être instruits dans les groupes de travail déjà annoncés ou déjà constitués.
- Au niveau légal ou politique, les revendications nécessitant une intervention du gouvernement, du législateur ou d'une autre autorité compétente.

Afin de restaurer la confiance entre les parties, il est en effet essentiel d'imposer des échanges réguliers sur les faiblesses du cadre légal en place, et de mettre en place un mécanisme de suivi sous la forme de réunions périodiques de concertation entre les parties, à intervalles de périodicité, avec établissement d'un relevé commun des avancées, des désaccords persistants et des points renvoyés d'un commun accord à une autre instance.

Cette proposition est formulée dans un esprit de rapprochement, sans reconnaissance de responsabilité ni prise de position sur le bien-fondé juridique des thèses respectives soutenues par la CNS et l'AMMD.

En conclusion, le médiateur a demandé aux parties, en cas d'accord de principe sur la proposition de médiation, de désigner chacune un interlocuteur chargé de finaliser, jusqu'au 13 août 2026, d'une part le texte des conventions à signer par les parties (version du 18 mars 2026) et, d'autre part, le relevé des clauses de réexamen des conventions ainsi que les engagements et questions appelant un traitement externe au champ conventionnel à inclure dans le protocole d'accord séparé.

Le médiateur a informé les parties qu'à défaut d'accord au 13 août 2026, elle dressera un procès-verbal de non-conciliation devant reprendre les positions des parties au litige, les renseignements ou expertises recueillis ainsi que ses propres propositions.

6. Non conciliation et constat d'échec de la médiation

Au 13 août 2026, le médiateur a constaté qu'il n'y a pas eu d'accord sur les propositions de médiation.

Le médiateur constate donc que la procédure de médiation n'a pas abouti à un accord entre les parties et regrette devoir de déclarer la non-conciliation des parties sur le renouvellement des conventions conclues entre la Caisse nationale de santé (CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) pour les médecins et les médecins-dentistes.

Le présent procès-verbal de non-conciliation sera transmis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ainsi qu'aux parties.

Luxembourg, le 14 août 2026

Le Médiateur





Commentaire des articles

Article 1^{er}

Cet article a pour objet de fixer le champ d'application matériel et personnel du règlement grand-ducal en déterminant les conditions de base pour son application. Le cadre donné est celui du Code de la sécurité sociale ayant pour objet d'assurer la prise en charge par la sécurité sociale. Des références relatives au respect du cadre de la nomenclature des actes et services des médecins et de la libre circulation des assurés sont reprises aux points 2 et 3 dudit article.

Article 2

Cet article organise la procédure et les informations à fournir par le médecin au moment de son enregistrement auprès de la Caisse nationale de santé. Au moyen d'une fiche de renseignement mise à disposition par la Caisse nationale de santé, le médecin transmet à la Caisse nationale de santé les informations et pièces énumérées au présent article. En cas de changement par la suite de ces informations, le médecin doit en informer la Caisse nationale de santé. Une fois ces formalités préalables remplies, le médecin se voit attribuer son code prestataire individuel qui va lui servir d'identifiant dans ses rapports avec la Caisse nationale de santé et les autres caisses de maladie et qui doit figurer sur tous les documents émis. Pour les associations de médecins régis par les articles 111 et suivants du Code de déontologie des professions de médecin et médecin-dentiste édicté par le Collège médical et approuvé par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, la Caisse nationale de santé attribue un « code prestataire de l'association » après avoir reçu les informations sur la composition de l'association de médecins respective. Ce code doit figurer sur toutes les formules standardisées émises.

Article 3

Cet article a pour objet de préciser les modalités de délivrance des prestations de soins de santé du médecin dans le cadre de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Dans les relations entre la Caisse nationale de santé et les médecins les communications se font aux moyens de formules standardisées et par voie numérique, afin de faciliter et uniformiser les modalités d'exécution des prestations et de leur prise en charge par la sécurité sociale. Par ailleurs, le présent article prévoit les précisions à donner sur le lieu d'exécution de la prestation de soins de santé.



Article 4

Le présent article précise les vérifications relatives à l'identification d'une personne protégée au sens du livre I du Code de la sécurité sociale que le médecin fait auprès de son patient pour le compte de l'assurance maladie-maternité avant la délivrance des actes et services de la nomenclature des actes et services des médecins et d'exiger que le médecin indique le matricule du patient sur toutes les formules standardisées afin de permettre une transmission numérique de ces dernières.

Lorsque le matricule du patient n'est pas attribué, le médecin est autorisé, à titre exceptionnel, à indiquer la date de naissance de son patient sur la formule standardisée. Afin de pouvoir garantir le suivi du patient par un autre prestataire de soins, l'émission de la formule standardisée en version papier s'avère nécessaire. La prise en charge se fait uniquement par la voie du remboursement au motif que l'état de l'affiliation du patient n'est pas vérifiable au moment de l'émission de la formule standardisée.

Article 5

Sur la base de l'article 64, paragraphe 1^{er}, point 1), du Code de la sécurité sociale, la transmission et la circulation des données et informations entre les médecins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale s'effectuent par voie numérique.

Le présent article a pour objet de préciser les modalités de la transmission par voie numérique des données et informations, afin de garantir la continuité des échanges numériques entre les médecins et la Caisse nationale de santé, instaurés par l'avenant à la convention modifiée du 13 décembre 1993 conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé, publié le 4 août 2021, puis étendus par l'avenant à cette même convention du 30 décembre 2024.

Préalablement à toute transmission numérique de données ou d'informations à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé visée à l'article 60^{ter}, paragraphe 1^{er}, point 1), du Code de la sécurité sociale, chaque médecin est tenu de s'y authentifier. Cette authentification repose sur un mécanisme d'authentification forte mis en œuvre par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, visée à l'article 60^{ter} du Code de la sécurité sociale, ci-après dénommée « Agence ».



Le dispositif d'authentification s'inscrit dans le système de management de la sécurité de l'information de l'Agence et repose sur un processus de gestion des risques fondé sur la norme internationale ISO/IEC 27001, garantissant un niveau élevé de sécurité, d'intégrité et de confidentialité des données échangées.

L'Agence délivre une attestation de conformité pour tout programme informatique utilisé par un médecin ayant satisfait à l'ensemble des tests de conformité relatifs à la transmission et à la circulation numériques des données et informations vers la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Chaque programme informatique certifié est relié à ladite plateforme au moyen d'une passerelle numérique communément dénommée « eConnector ». Cette passerelle assure la transmission directe, par voie numérique, des données et informations vers la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'eConnector garantit également l'intégration des mécanismes nécessaires à l'horodatage des transmissions ainsi qu'à l'apposition des signatures électroniques requises sur les formules standardisées transmises sous forme numérique, afin d'assurer leur intégrité, leur authenticité et leur traçabilité.

Tout médecin qui raccorde son programme informatique à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé s'engage à respecter les dispositions du 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, ainsi que les conditions générales d'utilisation de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Outre l'obtention de l'attestation de conformité visée par le présent règlement, le médecin s'engage également à respecter les exigences et critères de labellisation (RECL) établis par l'Agence. Ces exigences ont pour objet de garantir le maintien des niveaux requis de sécurité, d'interopérabilité et de qualité dans le cadre des échanges de données et d'informations effectués au moyen de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Afin de garantir l'accessibilité du dispositif à l'ensemble des médecins, le présent règlement prévoit qu'un médecin qui ne dispose pas d'un programme informatique conforme ou qui n'a temporairement pas accès à un tel programme peut recourir aux solutions techniques alternatives non automatisées mises à disposition par la Caisse nationale de santé.



L'utilisation de ces solutions est également subordonnée à une authentification préalable du médecin auprès de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé. Après cette authentification, le médecin peut établir et transmettre les formules standardisées prévues par le présent règlement au moyen d'une procédure de saisie manuelle.

Cette solution constitue une alternative destinée notamment aux médecins qui ne disposent pas encore de leur propre programme informatique, qui n'y ont temporairement pas accès ou qui choisissent de ne pas en utiliser. Elle leur permet de satisfaire aux obligations de transmission numérique prévues par le présent règlement, sans devoir recourir à un programme informatique propre à leur cabinet médical, connecté à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Les auteurs du projet soulignent toutefois que cette solution alternative est exclusivement conçue comme un outil de transmission. Elle ne comporte aucune fonctionnalité de gestion de données ou de dossiers médicaux. En particulier, elle ne permet ni l'enregistrement ou la conservation des données saisies, ni la gestion ou le suivi des dossiers des patients. Chaque utilisation est ainsi limitée à l'établissement et à la transmission de la formule standardisée concernée.

La consultation et le traitement par la Caisse nationale de santé des formules standardisées transmises par le médecin au moyen de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé sont subordonnés à l'acceptation préalable, par la personne protégée, du traitement numérique de ses données personnelles dans le cadre de la gestion de son dossier.

Le traitement numérique des données concernées n'est effectué qu'à partir du moment où la Caisse nationale de santé dispose d'une manifestation de volonté valable de la personne protégée à cet effet.

À cette fin, la Caisse nationale de santé privilégie le recueil d'un consentement explicite. Toutefois, elle peut également prendre en compte tout autre acte positif clair traduisant sans équivoque l'accord de la personne protégée au traitement numérique de ses données dans le cadre de la prise en charge sollicitée. Constituent notamment de tels actes l'introduction d'une demande de remboursement sur support papier ou le paiement, par la personne protégée, de sa participation personnelle dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission individuelle.



Cette approche vise à concilier la simplification des démarches administratives avec le respect des droits de la personne protégée en matière de protection des données à caractère personnel.

La transmission numérique des formules standardisées ne dispense pas le médecin de remettre à la personne protégée une version sur support papier lorsque celle-ci demeure nécessaire afin de garantir la validité ou l'exécution de l'acte concerné auprès d'un autre prestataire de soins.

Tel est notamment le cas des ordonnances de médicaments aussi longtemps qu'un dispositif permettant leur réception et leur traitement par voie électronique par le prestataire de soins exécutant, en l'occurrence le pharmacien, n'est pas pleinement opérationnel.

Cette obligation vise à assurer la continuité des soins et à éviter qu'une personne protégée ne soit privée d'une prestation en raison de l'absence ou de l'indisponibilité temporaire des mécanismes de transmission électronique entre les différents acteurs du système de santé.

Les auteurs du projet précisent par ailleurs que l'émission et la remise d'une formule standardisée sur support papier dans ce contexte ne peuvent donner lieu à aucune facturation supplémentaire à charge de la personne protégée. La délivrance de cette version papier est effectuée à titre gratuit.

Toute formule standardisée transmise sous forme numérique est conforme aux standards techniques définis dans le document de référence applicable et respecte le schéma XSD figurant aux articles 55 à 115 de l'annexe I. À défaut du document de référence applicable, la transmission par procédure numérique de la formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées via la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est remplacée par la transmission par procédure numérique de cette formule en format PDF/A-1b, conforme à la norme ISO 19005-1, avec un taux de compression des images compris entre 50 % et 60 %. À défaut du document de référence relatif à cette transmission en format PDF/A-1b, la formule standardisée est émise par le médecin en format papier.

Cette conformité est requise afin de permettre non seulement la transmission électronique de la formule standardisée au moyen de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, mais également son identification et son traitement par la Caisse nationale de santé.



Article 6

Il est renvoyé au commentaire de l'article précédent.

Article 7

La dérogation autorisant l'émission d'un nombre limité de formules standardisées sur support papier répond à un objectif d'intérêt général tenant à la continuité, à l'accessibilité et au bon fonctionnement du système de santé ainsi qu'à la bonne prise en charge des personnes protégées.

Elle vise à garantir que d'éventuelles contraintes techniques affectant la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé ne puissent faire obstacle à la délivrance des prescriptions médicales, des certificats d'incapacité de travail ou de tout autre document nécessaire à l'octroi de prestations de soins de santé.

La fixation d'un plafond de deux cents formules standardisées par année civile présente un caractère neutre, général et proportionné au regard de l'objectif poursuivi. Elle tient compte à la fois des charges administratives et techniques supportées par les médecins et la Caisse nationale de santé, des pratiques médicales usuelles ainsi que du besoin estimé dans le cadre d'une utilisation exceptionnelle du support papier.

Par ailleurs, cette dérogation permet de garantir que le principe de transmission numérique n'entraîne pas, dans des situations exceptionnelles, des contraintes excessives au regard de l'objectif poursuivi. Tel peut notamment être le cas de médecins procédant à un nombre limité d'émissions de formules standardisées, par exemple dans le cadre de leur entourage familial.

Article 8

La signature électronique a pour finalité de pouvoir identifier de manière univoque le médecin ayant presté l'acte ou le service ou ayant émis une formule standardisée prévue par l'annexe I. La signature électronique consiste en un ensemble de données, liées de façon indissociable à la formule standardisée transmise sous forme numérique. Ceci garantit l'intégrité des données et informations transmises.



La signature électronique doit être apposée en utilisant un dispositif sous le contrôle exclusif du signataire. Toute signature doit être conforme au Règlement (CE) n°910/2014 du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et respecter les dispositions de la loi du 4 juin 2025 relative à la signature électronique des actes en matière administrative, à savoir notamment l'article 2, paragraphe 2 selon lequel seule la signature électronique qualifiée est suffisante pour toute demande adressée à une autorité ou entité exerçant une activité administrative. Pour toute demande de prise en charge adressée sous forme numérique à la Caisse nationale de santé, la signature électronique avancée est dès lors requise. A titre d'exemple, il y a lieu de citer le relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, telle que prévue à l'article 44, accompagnant les mémoires d'honoraires émis y relatifs. Pour toute transmission ou circulation de données ou informations non identifiable comme « demande », la signature électronique avancée est suffisante. Les profils techniques pour les signatures électroniques avancées appliquées aux fichiers PDF doivent respecter les normes les normes ILNAS-EN 319 142-1 V1.2.1 et ILNAS-EN 319 142-2 V1.2.1, parties 1 et 2, respectivement ILNAS-EN 319 132-1 V1.3.1 et ILNAS-EN 319 132-2 V1.1.1, parties 1 et 2, également connues sous le nom de PAdES (PDF Advanced Electronic Signatures). Ces normes sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg par l'Organisme luxembourgeois de normalisation (ILNAS) dans le cadre d'une mise à jour du catalogue des normes européennes pour le domaine des télécommunications. Elles ont pour but d'assurer l'interopérabilité entre le programme informatique du médecin et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Dans son avis complémentaire du 10 décembre 2024 émis dans le cadre du projet de loi n°8089 ayant abouti à la loi du 4 juin 2025 relative à la signature électronique des actes en matière administrative, le Conseil d'Etat précise que l'approche d'une signature électronique qualifiée « ne met pas en cause la pratique bien établie qui permet aux administrés de faire des démarches administratives au moyen de plateformes informatiques (p.ex. le site myguichet.lu) sur lesquelles l'utilisateur doit s'identifier, mais les démarches ne sont pas signées électroniquement ».

Par corollaire, le médecin qui fait circuler des données et informations via la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé en vue d'une prise en charge directe par transmission individuelle n'est dès lors pas à remettre en cause en cas d'absence de signature électronique qualifiée.



Pour les formules standardisées émises en version papier, le médecin doit apposer sa signature manuscrite, accompagnée par un cachet, afin de pouvoir identifier de manière univoque l'émetteur d'une telle formule standardisée. Ceci vaut également pour tout document rematérialisé sur base d'une formule standardisée transmise par voie numérique à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé de l'Agence.

Etant donné que l'échange des données et informations va se faire, majoritairement, de façon exclusivement numérique et qu'un document transmis à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé ne peut pas être altéré et vaut original, il est impératif de réglementer que toute altération d'un document transmis sous forme numérique doit résulter dans une annulation du document en question et dans le remplacement dudit document par une nouvelle transmission des données et informations sous forme numérique. En l'absence de transmission numérique du document à altérer, le médecin est habilité à adapter son propre document émis.

Article 9

Le présent article précise que chaque formule standardisée comporte des zones, dont la taille et l'emplacement sont définis à l'annexe I.

Il précise encore les caractéristiques de format d'une formule standardisée, les informations à renseigner ainsi que leur emplacement précis sur la formule standardisée et indique que chaque formule standardisée comporte un code-barres. Le mot « détaché » signifie que la valeur correspond à l'espacement normal ou « expanded » de Word. L'espacement « condensed », même de 1 point, est à éviter.

Par ailleurs, l'article précise les caractéristiques à respecter par les formules standardisées émises en format papier ou PDF.

Les formules standardisées en format papier sont émises gratuitement et sont signées et cachetées par le médecin, à l'exception des mémoires d'honoraires non acquittés.



Article 10

Cet article précise que le document de référence par formule standardisée, définissant les standards techniques électroniques et numériques à respecter, est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et est applicable le premier jour du troisième mois suivant celui de sa publication.

Article 11

Le code-barres permet à la Caisse nationale de santé de faire le lien direct entre la formule standardisée transmise numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé et leurs versions rematérialisées, c'est-à-dire en format PDF ou en format papier.

Un renvoi est fait aux différents articles de l'annexe I pour chaque formule standardisée concernée.

Article 12

Cet article précise les informations devant figurer sur la formule standardisée du mémoire d'honoraires et renvoie aux articles de l'annexe I y relatifs pour les modalités applicables.

Il précise également que, pour les actes et services prestés dans le cadre du service de remplacement des médecins-généralistes, le mémoire d'honoraires porte la date correspondant à l'heure d'appel du médecin par la personne protégée. Cette précision tient compte des particularités de ce service dont la base légale est prévue par la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Article 13

Cet article détermine les modalités d'établissement d'un relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc.

Article 14

Le présent article a pour objet de fixer les généralités concernant les ordonnances médicales dont fait usage le médecin lors de la prescription de prestations de soins de santé.



Article 15

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales d'analyses médicales et de biologie clinique.

Article 16

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de kinésithérapie.

Article 17

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales pour actes et services des infirmiers.

Article 18

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de psychothérapie.

Article 19

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de diététique.

Article 20

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales d'orthophonie.

Article 21

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales des actes et services des sage-femmes.

Article 22

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de psychomotricité.



Article 23

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux.

Article 24

Cet article détermine les modalités des ordonnances médicales pour le transport de malades.

Article 25

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de désinfection pour transport en ambulance.

Article 26

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales pour aides visuelles.

Article 27

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de vêtements de compression et de contention.

Article 28

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales concernant les fournitures orthopédiques pour pied diabétique.

Article 29

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales pour dispositifs de correction auditive.



Article 30

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de demande d'un rapport R1, tel que visé à la Première partie : Actes généraux, Chapitre 5 - Rapports - Section 1 - Rapports au médecin traitant du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.

Article 31

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de demande de traitement parallèle.

Article 32

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de transfert d'un patient.

Article 33

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger.

Article 34

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales de demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Article 35

Cet article détermine les modalités d'établissement des ordonnances médicales en cas d'absence de modalité spécifique de prescription.

Article 36

Cet article détermine les modalités d'établissement des demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale.



Article 37

Cet article détermine les modalités d'établissement de la formule standardisée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Article 38

Cet article détermine les modalités d'établissement du décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins-généralistes, tel que prévu par l'article 6, paragraphe 3 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Article 39

Cet article détermine les modalités d'établissement des certificats médicaux d'incapacité de travail.

Article 40

Cet article détermine les modalités d'établissement des certificats médicaux de congé pour raisons familiales.

Article 41

Cet article détermine les modalités d'établissement des certificats médicaux de congé de maternité.

Article 42

Cet article détermine les modalités d'établissement des déclarations d'appareils dans le cadre de la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil.



Article 43

Cet article reprend les convenances personnelles portant les codes CP1 à CP6 ainsi que l'hospitalisation dans une chambre d'hôpital individuelle figurant dans la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, concernant les médecins.

Le code CP7 dont le libellé est « Le fait par la personne protégée de solliciter les conseils du médecin par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins », n'est pas repris dans le présent règlement puisqu'il est devenu superfétatoire depuis l'insertion des actes de télésuivi portant les codes WTS11 à WTS14 à la nomenclature des actes et services des médecins par le règlement grand-ducal du 30 septembre 2025 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie¹, en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2025.

Article 44

Cet article a pour objet de préciser les modalités de la procédure de liquidation et de paiement des honoraires des médecins.

Conformément à l'article 24 du Code de la sécurité sociale, la prise en charge des prestations de soins de santé se fait sous forme de remboursement.

Dans son avis du 6 décembre 2011 concernant le projet de loi n° 6322 modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale, aboutissant à la loi du 13 avril 2012 modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat² a proposé « de reformuler cet article de façon à prévoir explicitement pour toute prestation le régime de remboursement de frais avancé par l'assuré et de prévoir la possibilité du régime de tiers payant pour toute prestation de soins dans le cadre du conventionnement obligatoire », de sorte que les dispositions relatives à la prise en charge directe sont intégrées dans le présent article.

Ainsi, le médecin peut opter pour la forme de la prise en charge directe. Dans ce cas, la part statutaire incombant à l'assurance maladie-maternité est directement prise en charge par la Caisse nationale de santé sans que la personne protégée n'ait à en faire l'avance des frais.

¹ Voir Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, Mémorial A no 425 du 9 octobre 2025.

² Voir avis du Conseil d'Etat : [20250514 Avis 3.pdf](#).



La transmission des mémoires d'honoraires par le médecin à la Caisse nationale de santé s'effectue soit par transmission en bloc, soit par transmission individuelle. Par « transmission en bloc », on entend la transmission d'un ensemble de mémoires d'honoraires émis pour des prestations de soins de santé délivrées à des personnes protégées distinctes, accompagné d'un relevé récapitulatif. Par « transmission individuelle », on entend la transmission d'un seul mémoire d'honoraires qui se fait de manière isolée par le médecin à la Caisse nationale de santé.

En cas de transmission en bloc, le médecin peut transmettre, chaque mois, à la Caisse nationale de santé un ensemble de mémoire d'honoraires, accompagné d'un relevé récapitulatif des différents mémoires d'honoraires émis pour différentes personnes protégées. Pour tout relevé récapitulatif reçu, la Caisse nationale de santé adresse au médecin un décompte des prestations de soins de médecine prises en charge. En cas de refus total ou partiel de la prise en charge d'un mémoire d'honoraires, la Caisse nationale de santé informe le médecin des motifs de ce refus. Les mémoires d'honoraires regroupés dans un même bloc relèvent exclusivement soit de la procédure dite du « tiers payant », soit de la procédure dite du « tiers payant social ». La date de réception du relevé récapitulatif par la Caisse nationale de santé est déterminante pour les délais de procédure.

La transmission individuelle vise la situation dans laquelle les mémoires d'honoraires sont transmis de manière séparée à la Caisse nationale de santé, et non regroupés en bloc. Les délais de paiement commencent à courir à compter de la réception des données et informations figurant sur le mémoire d'honoraires par la Caisse nationale de santé. En cas de refus total ou partiel de la prise en charge d'un mémoire d'honoraires, la Caisse nationale de santé informe le médecin des motifs de ce refus.

Article 45

Le présent article a pour objet de préciser les modalités de liquidation des honoraires en cas d'indigence de la personne protégée au sens de l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Article 46

Le présent article a pour objet de préciser les modalités de mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif.



Article 47

En vertu de l'article 64, alinéa 1^{er}, point 5) du Code de la sécurité sociale (ci-après « CSS »), les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à compter de la date d'échéance des anciens tarifs lorsque la valeur de la lettre-clé n'a pas pu être adaptée avant cette échéance sont fixées dans cet article.

Conformément à l'article 67, alinéa 1^{er}, du CSS, la revalorisation de la lettre-clé peut être négociée, tous les deux ans, sur demande à introduire avant le 1^{er} septembre par le groupement représentatif des médecins.

Dans ce cas, le groupement représentatif des médecins et la Caisse nationale de santé entrent en négociation. Cette négociation a pour but de déterminer le facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé, lequel ne saurait en aucun cas dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique.

Ce facteur d'adaptation s'applique à la période allant du 1^{er} janvier de l'exercice N au 31 décembre de l'exercice N+1 et est censé entrer en vigueur le 1^{er} janvier de l'exercice N. Cependant, il arrive que les parties ne parviennent pas à un accord sur le facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé avant le 31 décembre de l'exercice N-1 ou que l'adaptation de ce facteur n'ait pas encore fait l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, de sorte qu'il ne peut pas s'appliquer à partir du 1^{er} janvier de l'exercice N.

Par conséquent, un facteur de rattrapage temporaire est calculé afin de compenser le retard encouru par une mise en application tardive du facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé. Ce facteur de rattrapage s'applique à partir du 1^{er} du mois de la mise en application du facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé et ceci jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1.

La valeur de la lettre-clé exprimée en indice 100 est une base de calcul qui correspond à la valeur qu'aurait effectivement eu la lettre-clé en date du 1^{er} janvier 1948.

La référence à l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État vise la valeur de la cote d'application de l'échelle mobile des traitements et pensions



des fonctionnaires de l'État en vigueur le mois auquel se rapporte le calcul. Cet indice est exprimé en base 100, à savoir qu'il est divisé par 100.

Le volume « négocié » vise le scénario dans lequel aucun retard ne serait intervenu dans la mise en application du facteur d'adaptation. Il correspond au montant auquel les médecins auraient eu droit si les nouveaux tarifs avaient pu s'appliquer à la date d'échéance des anciens tarifs.

Le volume « appliqué » vise la situation dans laquelle le facteur d'adaptation a été appliqué tardivement. Il correspond au montant effectivement perçu par les médecins en application de l'ancien tarif alors qu'ils auraient eu droit au nouveau tarif.

Le volume « à redresser » correspond à la période pendant laquelle les médecins ont effectivement perçu les nouveaux tarifs et au titre de laquelle il est appliqué le facteur de rattrapage temporaire.

Finalement, le facteur de rattrapage temporaire correspond à la différence entre le volume « négocié » et le volume « appliqué », divisée par le volume « à redresser ».

Article 48

Conformément à l'article 64, alinéa 2, point 2) du Code de la sécurité sociale, cet article consacre le principe de la médication économique, lequel résulte d'une lecture combinée des articles 17 et 23 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, l'article énonce les critères devant guider l'intervention des médecins dans la prise en charge des personnes protégées. Il impose que les prestations soient adaptées à l'état de santé de la personne protégée, fondées sur les données actuelles de la science médicale et dispensées de manière à garantir une utilisation appropriée des ressources du système de santé, tout en assurant la qualité et la sécurité des soins de santé dispensés. Cette disposition s'inscrit dans une logique d'optimisation des soins, conciliant efficacité médicale et maîtrise des dépenses de santé.

Article 49

Cet article précise les données scientifiques sur lesquelles repose le principe de la médication économique.

Cette appréciation s'effectue principalement au regard des standards de bonne pratique médicale prévus à l'article 65*bis* du Code de la sécurité sociale. Toutefois, dans la mesure où les



standards de bonne pratique médicale élaborés par le Conseil scientifique du domaine de la santé ne couvrent pas nécessairement tous les cas de figure susceptibles de se présenter en matière de médication économique, il convient également de tenir compte des avis et expertises du Contrôle médical de la sécurité sociale en application de l'article 419, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, des avis et expertises de la Cellule d'expertise médicale, ainsi que des recommandations, avis ou référentiels reconnus par le Conseil scientifique du domaine de la santé en application de l'article 65*bis* du Code de la sécurité sociale, des recommandations scientifiques européennes ou internationales établies par des conférences de consensus et des consensus formalisés d'experts et pour les médicaments, des indications issues de l'autorisation de mise sur le marché, du résumé des caractéristiques du produit, des indications thérapeutiques reconnues et des conditions de prise en charge.

Afin de garantir une transparence des recommandations médicales analysées, seules les recommandations publiées, faisant l'objet d'une description méthodologique et fondées sur des données scientifiques vérifiables sont prises en considération.

Cependant, les recommandations médicales ne sauraient se substituer à l'appréciation médicale du médecin qui demeure libre de déterminer les prestations les plus appropriées à l'état de santé de la personne protégée.

Article 50

Cet article détermine les modalités d'établissement des rapports d'activité des médecins. Ces rapports permettront au Contrôle médical de la sécurité sociale d'identifier, le cas échéant, d'éventuelles déviations injustifiées dans l'exercice de l'activité professionnelle des médecins, tel que prévu par l'article 419, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

Les rapports d'activité sont établis par la Caisse nationale de santé et portent, en fonction de la nature de l'activité concernée, sur le nombre, la nature, la fréquence et le coût des actes et services prestés et des prescriptions médicales émises ainsi que sur les prestations consommées à la suite de ces prescriptions, des certificats d'incapacité de travail établis et les hospitalisations.

Article 51

Cet article précise de manière détaillée la procédure à suivre pour l'établissement des rapports d'activité relatifs aux certificats d'incapacité de travail, qui sont établis sur la base de leur fréquence d'émission.



Un indicateur individuel permettant d'évaluer l'activité de prescription des certificats d'incapacité de travail par le médecin est mis en place. Il repose sur une comparaison entre, d'une part, le nombre de certificats d'incapacité de travail émis et, d'autre part, le nombre de séances réalisées. Le résultat ainsi obtenu permet d'exprimer la fréquence d'émission des certificats par rapport à l'activité de prestation du médecin. Il constitue un outil de suivi et d'analyse statistique permettant de comparer les pratiques de prescription en matière d'incapacité de travail.

Pour l'application du présent article, la séance est définie comme tout contact journalier physique entre un médecin et une personne protégée ayant donné lieu à la mise en compte d'au moins un acte ou service de la nomenclature des actes et services des médecins et pris en charge par l'assurance maladie-maternité ou l'assurance accident ou ayant donné lieu à la délivrance de prestations à charge de l'assurance maladie-maternité ou de l'assurance accident.

Pour l'établissement des rapports d'activité relatifs aux certificats d'incapacité de travail, plusieurs catégories de données sont prises en considération. Il s'agit notamment des personnes protégées considérées, des médecins considérés ainsi que des certificats d'incapacité de travail considérés, lesquels constituent le champ des informations utilisées pour l'élaboration de ces rapports.

Les personnes protégées considérées sont celles exerçant une activité rémunérée et ayant fait l'objet de la délivrance d'un certificat d'incapacité de travail.

Les médecins considérés sont ceux ayant réalisé, au cours de l'année de référence, au moins cent séances auprès des personnes protégées considérées.

Seuls les certificats d'incapacité de travail émis par les médecins considérés et effectivement transmis à la Caisse nationale de santé ou aux autres caisses de maladie sont pris en compte.

La fréquence des séances donnant lieu à l'émission d'un certificat d'incapacité de travail doit être inférieure à cinquante pour cent du nombre total de séances. Pour être pris en compte dans les rapports d'activité, il faut que le nombre total de certificats d'incapacité de travail émis soit supérieur à deux tiers de la moyenne des certificats d'incapacité de travail émis par les médecins.



Article 52

Cet article reprend l'article 2 de l'annexe V de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, concernant les médecins. Son contenu a été adapté afin de tenir compte de son intégration dans le présent règlement grand-ducal, tout en conservant les règles de fond applicables au dispositif du médecin référent.

L'annexe visée au présent article reprend l'annexe technique 2 de l'annexe V de la convention précitée.

Cet article définit les modalités d'établissement de la relation entre le médecin référent et la personne protégée par le biais de la déclaration de médecin référent. Il en précise le contenu, les conditions de signature, les engagements du médecin référent, les effets de cette déclaration ainsi que les modalités de sa transmission à la Caisse nationale de santé afin qu'elle soit opposable à l'assurance maladie-maternité.

Article 53

Cet article reprend l'article 3 de l'annexe V de la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Cet article précise les modalités de traitement de la déclaration du médecin référent par la Caisse nationale de santé, notamment le contrôle du dossier, l'attribution d'un numéro de déclaration médecin référent unique, la prise d'effet de la relation ainsi que la communication de cette relation à l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Il fixe les modalités de versement au dossier de soins partagés d'un résumé des prestations prises en charge par les différentes branches de la sécurité sociale.

Article 54



Cet article reprend l'article 4 de l'annexe V de de la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

L'annexe visée au présent article reprend l'annexe technique 3 de l'annexe V de la convention précitée.

Cet article définit les obligations du médecin référent en matière d'établissement et de mise à jour du résumé patient dans le dossier de soins partagés. Il précise le délai dans lequel le résumé patient doit être intégré, les modalités d'informations de la personne protégée ainsi que l'obligation d'actualisation du résumé patient par le médecin référent.

Article 55

Cet article reprend l'article 5 de l'annexe V de de la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale. Son contenu a été adapté afin de tenir compte de son intégration dans le présent règlement grand-ducal, tout en conservant les règles de fond applicables au dispositif du médecin référent.

L'annexe visée au présent article reprend l'annexe technique 4 de l'annexe V de la convention précitée.

Cet article fixe les obligations du médecin référent relatives à l'établissement du relevé biennal de l'affection de longue durée et précise les informations devant y figurer conformément à l'annexe IV ainsi que les modalités de transmission via la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Il encadre également l'utilisation des données relatives aux affections de longue durée qui est limitée aux finalités de facturation et de contrôle. La disposition relative à l'utilisation des données à finalité statistique pour la commission d'accompagnement et de suivi, initialement prévue dans la convention précitée, a été supprimée. Cette suppression s'explique par le fait que cette commission, prévue au cahier des charges de la convention précitée, ne dispose pas de base légale permettant son maintien dans le présent règlement grand-ducal.



Article 56

Cet article reprend l'article 6 de l'annexe V de de la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale. Son contenu a été adapté afin de tenir compte de son intégration dans le présent règlement grand-ducal, tout en conservant les règles de fond applicables au dispositif du médecin référent.

Cet article détermine les conditions auxquelles est subordonnée la mise en compte du forfait du médecin référent. Il précise notamment les obligations de mise à jour du résumé patient, de la transmission du relevé biennal des affections de longue durée, les règles relatives à la prise en charge des honoraires spécifiques du médecin référent ainsi que les règles applicables lorsqu'il est mis fin à la relation avec le médecin référent.

Article 57

Cet article reprend l'article 7 de l'annexe V de de la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale qui précisait les modalités de la cessation des relations entre le médecin référent et la personne protégée.

Son contenu a été adapté afin de tenir compte de son intégration dans le présent règlement grand-ducal. Dans le cadre de cette adaptation, seul l'alinéa relatif aux modèles-types de révocation prévues aux annexes techniques 5 à 7 de la convention précitée, devenues l'annexe 5, a été conservé. En effet, les règles relatives à la révocation et à la fin de la relation entre le médecin référent et la personne protégée sont couvertes par le règlement grand-ducal modifié du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent.

Le maintien de cette annexe demeure nécessaire au bon fonctionnement du dispositif du médecin référent, celles-ci constituant les supports utilisés dans le cadre de la fin de la relation entre le médecin référent et la personne protégée.

Article 58



Cet article fixe l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal.

Article 59

Formule exécutoire.



Fiche financière

Le présent projet de règlement grand-ducal devrait avoir un impact neutre.