

Syndicat des pharmaciens luxembourgeois

Convention entre la Caisse nationale de santé et le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale

Texte coordonné applicable à partir du 01.02.2020

Historique

	Mémorial	Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A-96 du 10.06.2014, pages 1468-1476	<ul style="list-style-type: none">Nouvelle convention	01.06.2014
2.	Mémorial A-29 du 27.01.2020	<ul style="list-style-type: none">Articles 2, 7, 43, 44	01.02.2020

Prestataires

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les pharmaciens, autorisés par l'instance compétente à exploiter une pharmacie ouverte au public, établie légalement au Grand-Duché de Luxembourg.

Attribution du code prestataire

Art. 2. Avant de pouvoir délivrer des prestations à charge de l'assurance maladie ou de l'assurance accident, le pharmacien qui projette d'exploiter une pharmacie ouverte au public doit se faire attribuer par la CNS un code prestataire individuel. À cet effet, il notifie à la CNS le formulaire de demande dûment rempli accompagné des documents suivants :

- l'autorisation ministérielle relative à la concession ;
- le certificat de 1^{ère} exploitation de la concession établi par la Direction de la santé ;
- la copie de sa carte d'identité ;
- la copie du diplôme de pharmacien ;
- le nom et les coordonnées de l'éditeur de logiciel du pharmacien, lequel doit être dûment agréé par l'agence eSanté ;
- la date de début de l'activité ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- l'adresse exacte de la concession ;
- la copie de l'acte de cession en cas de reprise d'une concession privée ;
- le certificat de participation à une formation théorique et pratique « bas de contention ».

La CNS s'adresse à l'agence eSanté en vue de contrôler que l'éditeur de logiciel du pharmacien est dûment agréé. Une fois qu'il a été vérifié que cette condition est remplie et que l'ensemble des documents visés ci-dessus sont remis, la CNS adresse un courrier au pharmacien en lui

attribuant un code prestataire dont la date de début de validité ne peut être antérieure à la date de réception du dossier complet.

Demande de dispense d'abattement

Art. 3. Dans le cadre de l'octroi du code prestataire, le pharmacien peut faire sa demande de dispense d'abattement dans les conditions prévues dans le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie.

Personnes protégées

Art. 4. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la sécurité sociale par une des caisses énumérées à l'article 44 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle en vertu du livre deux du Code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de la présente convention les termes «assurance maladie» comprennent également l'assurance contre les accidents.

Identification des personnes protégées

Art. 5. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du pharmacien par la présentation d'une carte d'assuré. La qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro de sécurité sociale de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Lors de la délivrance des produits de santé le pharmacien se fait présenter l'ordonnance médicale ainsi que la carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance.

Carte d'assuré

Art. 6. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Vérification de l'affiliation des personnes protégées

Art. 7. La CNS s'engage à mettre en place et à maintenir une liaison informatique afin de permettre aux pharmaciens visés par la présente convention d'avoir accès à la plateforme sécurisée « mySecu » et ainsi procéder de manière synchronisée à :

- la vérification à la date de la prestation de l'état de l'affiliation des personnes protégées sur base du numéro d'identification unique ;

- la vérification à la date de la prestation de la validité du numéro d'accident, constitué par le numéro de référence du dossier de l'accident du travail ou de trajet ou de la maladie professionnelle déclarés ;
- la vérification à la date de l'établissement de l'ordonnance médicale de la validité du code prestataire du médecin prescripteur.

Pour ce faire, les pharmaciens visés par la présente convention signent le contrat dit « contrat-cadre Services de la plateforme mySecu », ensemble avec le Centre commun de la sécurité sociale d'une part et la CNS d'autre part.

Il est convenu entre parties qu'à compter du 1^{er} août 2020 la vérification sur base du numéro d'identification unique via un réseau sécurisé ne sera plus en vigueur. En cas de contraintes techniques et d'aléas inhérents à la fourniture de services via l'agence eSanté, la CNS garantit aux pharmaciens liés par la présente convention le paiement des produits de santé délivrés dans le cadre de la procédure du tiers payant jusqu'à concurrence du montant de prise en charge prévu par les statuts, pour autant que lors de leur délivrance il est présenté au pharmacien la carte d'assuré de la personne figurant sur l'ordonnance médicale.

Libre choix

Art. 8. Les parties garantissent aux personnes protégées le libre choix du pharmacien, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 9 concernant le cas d'urgence, la domiciliation temporaire de la personne protégée à titre de sanction et la délivrance d'un produit de santé par une pharmacie hospitalière.

Art. 9. Il est reconnu que les dispositions prises dans le cadre de la réglementation du service de garde applicables aux pharmaciens liés par la présente convention ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Il est reconnu de même que la domiciliation temporaire au titre des sanctions prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 23, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale d'une personne protégée auprès de pharmaciens déterminés, n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les médicaments lors d'un séjour stationnaire dans un hôpital par la pharmacie d'hôpital ou par le pharmacien y agréé, n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Champ d'application

Art. 10. La présente convention s'applique aux médicaments, produits d'alimentation médicale et dispositifs médicaux énumérés ci-dessous:

- les médicaments figurant dans la liste positive prévue à l'article 22 du Code de la sécurité sociale;
- les médicaments ne figurant pas sur la liste positive mais pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est admise à titre exceptionnel par les statuts de la Caisse nationale de santé;
- les préparations magistrales selon les dispositions prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé;

- les médicaments qui font l'objet d'une prise en charge dans le cadre d'une convention de partenariat conclue en vertu de l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale dans le cadre des mesures de médecine préventive;
- les dispositifs médicaux et produits d'alimentation médicale inscrits dans les fichiers B1, B4 et B5 de l'annexe A des statuts de la Caisse nationale de santé et délivrés par un pharmacien admis par les législations et réglementation régissant leur profession;
- les dispositifs médicaux prévus dans la nomenclature des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour lesquels les pharmaciens disposent d'une autorisation spéciale.

Dans le cadre de la présente convention on entend par produits de santé, les médicaments, les produits d'alimentation médicale et les dispositifs médicaux qui font partie du champ d'application de la présente convention.

Les dispositifs médicaux délivrés dans le cadre de la présente convention sont des dispositifs médicaux au sens de la législation et de la réglementation relative aux dispositifs médicaux.

La convention s'applique pareillement aux honoraires et indemnités du pharmacien prévues dans le règlement grand-ducal portant fixation des tarifs et honoraires des pharmaciens et dont la prise en charge est prévue par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Ordonnances médicales

Art. 11. Les produits de santé à charge de l'assurance maladie sont délivrés exclusivement sur ordonnance médicale originale préalable.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire, les ordonnances médicales ne sont valables qu'une seule fois. Le contenu et la forme des ordonnances médicales sont déterminés par la convention conclue avec le corps médical, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois entendu en son avis.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, en vue d'une prise en charge par l'assurance maladie la prescription médicale comporte au moins pour chaque médicament: le nom du médicament ou la dénomination commune internationale (DCI), la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement, qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Le cas échéant la voie d'administration doit être indiquée.

Délivrance des produits de santé

Art. 12. Sauf les exceptions prévues par la présente convention, les produits de santé délivrés à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions inscrites sur les ordonnances.

Dispositions particulières pour la délivrance des médicaments

Art. 13. Sauf les dispositions prévues dans l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament, les dérogations limitativement mentionnées dans les statuts de la Caisse nationale de santé décidés en vertu de l'article 21 du Code de la sécurité sociale et les exceptions prévues dans le cadre de la réglementation des médicaments stupéfiants, la quantité à dispenser en une fois à charge de l'assurance maladie ne peut dépasser pour chaque médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Toutefois, un deuxième emballage ne peut être délivré que si la quantité prescrite couvre au moins cinquante pour cent (50 %) de ce deuxième emballage ou au moins trente pour cent (30 %) lorsqu'il s'agit d'un antibiotique.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est délivré.

Substitution dans le cadre de la base de remboursement prévue à l'article 22bis du Code de la sécurité sociale

Art. 14. Pour les médicaments soumis à une base de remboursement telle que définie à l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, le pharmacien informe la personne protégée lors de la délivrance qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.

Le pharmacien indique le type de délivrance correspondant suivant les modalités définies au cahier des charges prévu à l'article 23 de la présente convention et en conformité avec les statuts de la Caisse nationale de santé.

Information relative aux problèmes d'approvisionnement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie

Art. 15. Le pharmacien communique les ruptures en médicaments desquelles il n'a pas encore été avisées par l'exploitant ou par l'autorité compétente, à cette dernière ainsi qu'à la Caisse nationale de santé.

Délivrances successives

Art. 16. Lorsque la quantité totale de médicaments pour couvrir la durée du traitement prescrit n'est pas atteinte par le mode de délivrance prévu par l'article 13 de la présente convention, le pharmacien note sur l'ordonnance originale la quantité délivrée et remet à la personne protégée une copie conforme à l'ordonnance originale ainsi complétée. Cette copie sert de nouvelle ordonnance pour une délivrance ultérieure de médicaments suivant le même mode de dispensation.

Ce mode de délivrance peut se répéter jusqu'à épuisement complet de la quantité prescrite. Chaque copie d'ordonnance est numérotée. Les modalités d'inscription de la quantité délivrée sont précisées au cahier des charges prévu à l'article 23 de la présente convention.

Remplacement de médicaments dans le cadre d'un amendement d'ordonnance

Art. 17. Sans préjudice de la substitution d'un médicament par un médicament plus économique en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale et de l'article 14 de la présente convention, le pharmacien peut, si les circonstances recommandant une telle démarche et de l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, modifier la prescription en retranchant, ou en remplaçant des médicaments par des médicaments à même visée thérapeutique. En ce qui concerne les ordonnances portant prescription de dispositifs médicaux ou de produits d'alimentation médicale, il peut modifier la prescription aussi pour ajouter les dispositifs indispensables à la dispensation des médicaments.

L'amendement d'ordonnance doit être fait dans le respect du principe de la dispensation économique des prestations prévu à l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

Le cas échéant le pharmacien rapporte cet amendement ainsi que l'accord du médecin prescripteur sur l'ordonnance.

Délivrance en cas de prescription sous forme de DCI

Art. 18. Face à une prescription de médicaments sous leur dénomination commune internationale (DCI), le pharmacien doit délivrer le produit le moins cher figurant sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie tout en respectant les règles régissant la délivrance quantitative des médicaments.

Substitution de médicaments dans le cadre d'une prescription portant sur un médicament non repris sur la liste positive

Art. 19. En cas de prescription d'un médicament ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché pour le Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien peut, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 20. Dans le cas où il n'existe pas de médicament équivalent comme entendu par l'article précédent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et sur prescription médicale dûment motivée, autoriser préalablement à la délivrance, la prise en charge par l'assurance maladie du médicament, à condition qu'il dispose dans son pays de provenance, ou dans celui où est établi le médecin prescripteur, d'une autorisation de mise sur le marché, et à condition qu'il soit pris en charge par le régime d'assurance maladie légal de ces pays. Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont communiqués à la Caisse nationale de santé à charge de notifier une décision susceptible de recours à qui de droit.

Délivrance de produits de santé à prise en charge conditionnelle (PCC)

Art. 21. Les produits de santé, dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements, ou par les statuts adoptés en vertu de l'article 21 du Code de la sécurité sociale, à des conditions spécifiques de prise en charge appelées par la suite «prise en charge conditionnelle», ne peuvent être délivrés dans le cadre de la procédure du tiers payant que si les conditions précitées sont remplies.

Avant la délivrance de ces produits de santé, le pharmacien informe la personne protégée des conditions spécifiques.

Délivrance des produits de santé à l'exception des médicaments

Art. 22. Afin de favoriser l'accès aux soins des personnes protégées, le pharmacien s'efforce dans la mesure de ce qui est économiquement praticable de rapprocher les prix de vente des produits qu'il délivre le plus des prix de référence prévus au niveau des listes statutaires. La marge appliquée ne peut dépasser la marge maximale fixée par règlement grand-ducal.

A défaut d'indication d'un nom de marque sur l'ordonnance, le pharmacien s'engage à délivrer le produit équivalent dans le conditionnement le plus économique en application des articles 17 et 23 du Code de la sécurité sociale.

Transmission et circulation des données

Art. 23. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les pharmaciens font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels que ceux-ci sont décrits et suivant les modalités administratives et techniques arrêtées dans le cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Le cahier des charges précise que sur tous les documents et supports échangés il est fait état du numéro national attribué aux produits de santé délivrés à charge de l'assurance maladie, du matricule de la personne protégée, du code du prescripteur, du code du prestataire, de la date de l'ordonnance et de la date de la délivrance des produits.

Le cahier des charges détermine en outre les modalités et normes techniques, ainsi que les délais d'application concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et définit les formats entrant en ligne de compte pour ces échanges.

Les taux et les forfaits de prise en charge statutaires ainsi que les autres modalités de prise en charge appliqués par les statuts aux produits sont communiqués par voie électronique aux pharmaciens en vue de leur intégration dans les fichiers informatiques utilisés dans les officines.

Correspondance entre le numéro national et les codes d'origine attribués aux produits de santé

Art. 24. La Caisse nationale de santé s'engage à mettre à la disposition des pharmaciens un fichier informatique établissant, dans la mesure du possible, le rapprochement entre le numéro national luxembourgeois et le code-barres apposé sur les emballages d'origine par le fabricant, pour autant qu'il existe. Ce fichier permet au pharmacien de déterminer par des moyens de lecture informatisés, le numéro national du produit de santé à partir de ces codes-barres (médicaments, dispositifs médicaux et produits d'alimentation médicale).

Mode de prise en charge des produits de santé

Art. 25. D'une manière générale la part statutaire à charge de l'assurance maladie pour les produits de santé et les honoraires est prise en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant à condition qu'il s'agisse de produits et d'honoraires inscrits dans les listes mentionnées à l'article 10, qu'ils soient identifiés par leur numéro national et à condition que lors de leur délivrance il soit présenté au pharmacien la carte d'assuré de la personne figurant sur l'ordonnance médicale rédigée conformément aux dispositions de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical.

La part restant à charge de la personne protégée est perçue directement par le pharmacien sur la personne à laquelle les produits sont délivrés.

Dans le cadre du système du tiers payant le pharmacien garantit la correspondance entre le numéro d'identification national transmis à la Caisse nationale de santé avec les données personnelles de la personne protégée figurant sur l'ordonnance médicale.

Les produits de santé pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur délivrance peut être documentée

par le pharmacien à l'égard de la Caisse nationale de santé par des ordonnances médicales originales.

En cas de délivrance successive la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées conformes à l'original. Les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciale, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies conformes par le pharmacien.

La personne protégée a le droit de renoncer au système du tiers payant. Dans ce cas, après délivrance et contre paiement des prestations par la personne protégée, le pharmacien lui remet l'ordonnance invalidée conformément aux conditions et modalités prévues dans le cahier des charges annexé à la présente convention.

Modalités de liquidation et de paiement des médicaments dans le cadre du tiers payant

Art. 26. Avant le dix-huitième jour de chaque mois, la Caisse nationale de santé verse à chaque pharmacie à titre d'acompte, à valoir sur l'ensemble des médicaments délivrés dans le cadre du tiers payant pour le mois en cours, un montant égal à quatre-vingts pour cent (80%) du montant mensuel moyen décompté dans le cadre du tiers payant au cours des dix premiers mois de l'exercice précédent.

Art. 27. Pour les pharmacies nouvellement créées, l'acompte versé pour le premier mois d'exploitation est fixé au tiers de la moyenne des acomptes versés le mois précédent à l'ensemble des pharmaciens liés par la présente convention.

Art. 28. Une adaptation du montant de l'acompte peut être demandée par le pharmacien uniquement si les conditions suivantes sont remplies cumulativement:

- le montant demandé ne dépasse pas quatre-vingts pour cent (80%) du montant décompté le mois précédent,
- le pharmacien n'a pas posé une demande d'adaptation de l'acompte dans les trois mois précédents le mois de la demande.

Pour pouvoir trouver application le mois en cours, la demande doit être parvenue à la Caisse nationale de santé par courrier recommandé avant le dixième jour du mois.

La Caisse nationale de santé transmet sa décision relative à l'adaptation de l'acompte par accusé de réception au demandeur dans les sept jours de la date de réception de la demande.

Pour les pharmacies nouvellement créées une telle demande est recevable sur base mensuelle pendant les six premiers mois d'exploitation.

Art. 29. Aux fins d'obtenir le paiement du solde de la partie du prix des produits de santé opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, se rapportant à la différence entre l'avance prévue aux articles précédents et le total de la créance opposable, le pharmacien remet à la Caisse nationale de santé au plus tard au cours du mois subséquent le décompte des médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie durant le mois précédent.

Ce décompte, qui renseigne en bloc le total des médicaments fournis dans le cadre du système du tiers payant, est établi dans la forme et sur le support prévus au cahier des charges visé à l'article 23, accompagné de l'original des ordonnances médicales qui sont munies, le cas échéant, de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Caisse nationale de santé.

Les ordonnances pour lesquelles ont été établis des titres de prise en charge dans le cadre d'une prise en charge conditionnelle, d'une prise en charge d'un médicament ne figurant pas sur la liste positive des médicaments admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg ou dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance contre les accidents, sont à soumettre sous pli séparé lors de la présentation du décompte.

Sauf contestation formulée dans les conditions prévues à l'article 30, la Caisse nationale de santé procède à la régularisation du solde prévisé au plus tard trente jours après la réception du décompte. Les paiements sont effectués par virement sur un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le pharmacien. Chaque pharmacien ne peut indiquer qu'un seul compte, notifié à la Caisse nationale de santé par un relevé d'identité bancaire. Tout compte peut être modifié sur demande écrite adressée à la Caisse nationale de santé.

Afin d'accélérer la procédure de paiement, la Caisse nationale de santé accepte d'effectuer les virements à partir d'un de ses comptes auprès du même institut financier que le pharmacien, si celui-ci accepte de les recevoir sur un compte tenu par lui auprès d'un de ces mêmes instituts.

Avec le paiement du solde, la Caisse nationale de santé fait tenir au pharmacien un relevé permettant à celui-ci la vérification de la liquidation. Ce relevé contient les données définies dans le cahier des charges prévu à l'article 23 et est établi et transmis d'après les modalités y prévues.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des créances

Art. 30. Les créances contestées par la Caisse nationale de santé sont notifiées au pharmacien par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation. Ce motif peut être exprimé par des codes ou signes fixés au cahier des charges.

Les contestations, qui peuvent se rapporter même à des ordonnances exécutées et dont les prestations ont été prises en charge conformément à l'article précédent, sont notifiées au plus tard avant le soixantième jour suivant celui de la réception du relevé sur lequel elles figuraient pour la première fois. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 23.

Les montants des créances contestées sont portés en déduction par compensation des créances que le pharmacien a acquises dans la suite à l'égard de la Caisse nationale de santé.

Les créances contestées peuvent être reproduites une fois sur un relevé subséquent par le pharmacien, aussitôt que la cause de leur contestation vient à cesser, mais au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale.

En cas de maintien d'une contestation par rapport à la prise en charge d'une facture, la Caisse nationale de santé constate un litige au sens de l'article 47 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale et procède à l'émission d'une décision du président ou de son délégué.

Paielement tardif

Art. 31. Les paiements effectués conformément aux articles 26 et 29 sont libératoires au sens des dispositions prévues si la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du pharmacien au plus tard dans les délais ci-après.

Au cas où il est établi que le paiement de l'acompte visé à l'article 26 a été effectué seulement après le 1^{er} du mois suivant celui pour lequel il était dû ou si le paiement du solde n'a pas été effectué dans les 30 jours de la réception du décompte visé à l'article 29, le pharmacien 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 en cas de retard de paiement de l'acompte sont calculés par intérêts simples sur le montant de l'acompte fixé et courent à partir du premier du mois subséquent à celui pour lequel l'acompte était dû.

Les intérêts en cas de retard de paiement du solde sont calculés par intérêts simples sur le montant du solde résultant du décompte et courent à partir du 30^e jour de sa réception par la Caisse nationale de santé.

Si le retard de paiement dépasse soixante jours à partir de la date ultime de paiement prévue, le prestataire s'adresse à la Caisse nationale de santé en vue de la constatation d'un litige au sens de l'article 47, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale et de l'obtention d'une décision susceptible d'un recours devant la Commission de surveillance. Parallèlement le système du tiers payant, excepté celui visé pour l'assurance accident, ne sera plus d'application à partir du premier jour du mois suivant cet intervalle. Le système du tiers payant est réinstauré de plein droit à partir du 1^{er} jour du mois suivant le paiement des dettes restées en souffrance.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 32. Sans préjudice de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles portant également exclusion d'une prise en charge directe par le système du tiers payant, celui-ci n'est pas appliqué:

- pour les produits non munis d'un numéro national;
- lorsqu'une carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance ne peut être présentée lors de la délivrance des produits de santé;
- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 23 ou non conforme au modèle agréé est présentée;
- lorsque l'espace réservé sur l'ordonnance pour l'inscription du numéro de sécurité sociale est barré ou désempilé;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le pharmacien;
- pour les médicaments non admis à la vente au Luxembourg, si une substitution conformément à l'article 18 n'est pas effectuée;
- les produits de santé prescrits à titre préventif, grevés sur l'ordonnance de la mention «PREVENTIF»;
- les dispositifs médicaux ou les produits d'alimentation médicale pour lesquels les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient soit des délais de renouvellement soit une limitation des quantités remboursables au cours d'une période déterminée.
-

Opposabilité des ordonnances médicales

Art. 33. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur des produits de santé doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la première délivrance.

Factures pour produits de santé délivrés sur ordonnance médicale

Art. 34. Lorsque les produits de santé inscrits sur une ordonnance sont tous pris en charge par le système du tiers payant, le pharmacien délivre un ticket de caisse renseignant le nom du prestataire et reproduisant la date de l'achat, le nom de chacun des produits dispensés et la participation personnelle de la personne protégée.

Pour les produits de santé inscrits sur une ordonnance qui ne sont pas pris en charge par le système du tiers payant, le pharmacien remet à la personne protégée une facture reproduisant les données suivantes: nom et code du pharmacien, code du prescripteur, dates de l'ordonnance et de la délivrance des produits de santé, matricule de la personne protégée, la dénomination, le numéro national et le prix de vente de chaque produit de santé.

Invalidation des ordonnances médicales

Art. 35. A la délivrance de produits de santé y prescrits, le pharmacien doit invalider les ordonnances non prises en charge par le système du tiers payant par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «DELIVRE» ainsi que la date de son apposition et la signature ou le paraphe du dispensateur.

Détention et propriété de l'ordonnance médicale

Art. 36. L'ordonnance médicale, ou sa copie utilisée dans le cadre des présentes dispositions conventionnelles, est la propriété de la personne protégée.

La personne protégée cesse d'en être propriétaire lorsque l'ordonnance est remise au pharmacien en échange des produits de santé y prescrits dans le cadre du tiers payant.

Lorsqu'il n'est pas fait application du système du tiers payant, le pharmacien remet à la personne protégée l'ordonnance originale invalidée ensemble avec un ticket de caisse.

Formation continue

Art. 37. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les pharmaciens liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de la science, de l'évolution technique, des pratiques professionnelles, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout pharmacien s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Déontologie professionnelle

Art. 38. Dans leurs relations avec les personnes protégées les pharmaciens se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Protection des données

Art. 39. Dans le cadre des relations entre le pharmacien et la Caisse nationale de santé où le pharmacien est amené à avoir connaissance de données personnelles de la personne protégée, il s'engage à ne les utiliser strictement que pour l'exécution de ses missions avec la Caisse nationale de santé.

Le secret professionnel s'impose à tout pharmacien en vertu de l'article 458 du Code pénal et de l'article 13 du Code de déontologie des pharmaciens.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

Le pharmacien traite confidentiellement toute information relative aux personnes protégées. Il instruit son personnel de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment. Il ne transmet à des tiers les informations relatives à la personne protégée qu'avec l'accord de celle-ci ou dans les circonstances où la loi admet leur révélation.

Le pharmacien veillera pareillement à conformer ses pratiques de travail aux impératifs de la législation sur la protection des données à caractère personnel.

Les membres du personnel des institutions de sécurité sociale sont soumis au secret professionnel tel que celui-ci est réglé par le statut du personnel qui leur est applicable et par l'article 411 du Code de la sécurité sociale. Les institutions veilleront à ce que les membres du personnel soient conscients du secret professionnel auquel ils sont liés et du caractère confidentiel des informations et des données dont ils auront, le cas échéant, à traiter. Les institutions veilleront à conformer leurs procédures et leurs pratiques de travail aux impératifs imposés par la protection des données à caractère personnel. Si les membres du personnel des institutions de sécurité sociale prennent connaissance de données à caractère sensible, ils sont soumis au secret professionnel.

Code du prestataire

Art. 40. Il est attribué à chaque pharmacien un code prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 23.

Statistiques de consommation des médicaments

Art. 41. Il est de convention expresse que la Caisse nationale de santé met à la disposition du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois une statistique relative à la consommation des médicaments à charge de l'assurance maladie.

La statistique établie sur un relevé regroupe le nombre et la valeur des médicaments d'après le numéro national, délivrés par le système du tiers payant dans le pays. Les mêmes données sont également fournies au moins sur douze relevés distincts regroupant chacun les statistiques de l'ensemble des pharmacies dans chaque canton au moins.

La statistique visée ci-dessus est éditée annuellement. Toutefois une édition semestrielle ou trimestrielle est réalisée à la demande du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois.

Constatation et paiement du montant de l'abattement

Art. 42. Sur les médicaments pris en charge par l'assurance maladie en vertu du livre I du Code de la sécurité sociale, le pharmacien accorde à l'assurance maladie un abattement qui est fixé par le règlement grand-ducal à adopter conformément à l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Le montant de l'abattement dû est constaté pour chaque pharmacie individuellement par la Caisse nationale de santé. Ce montant est établi mensuellement en prenant en considération le décompte visé à l'article 29, ainsi que les médicaments exclus du système du tiers payant pour lesquels un remboursement a été effectué à charge de l'assurance maladie pendant la même période que celle dont il a été tenu compte pour le relevé précité.

La Caisse nationale de santé établit pour chaque pharmacie une facture individuelle dans les formes et d'après les modalités prévues au cahier des charges visé à l'article 23.

L'abattement calculé conformément aux dispositions qui précèdent est réglé par compensation conventionnelle sur les versements visés à l'article 29.

Disposition transitoire

Art. 43. Les parties conviennent que durant une période transitoire de six mois suivant l'entrée en vigueur de la présente modification, la vérification de l'état de l'affiliation sur base du numéro d'identification unique via un réseau sécurisé est maintenue en parallèle avec la mise en place progressive de la consultation synchronisée via la plateforme « mySecu ».

Art. 44. ...supprimé

Mise en vigueur de la convention

Art. 45. La présente convention entre en vigueur au 1^{er} juin 2014.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.