



**DEMANDE D'AGREMENT COMME FOURNISSEUR DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 2 DES
STATUTS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTE**

Par la signature de la présente,

le fournisseur dénommé: _____

adresse: _____

représenté par: _____

déclare adhérer aux conditions générales et s'il y a lieu, aux conditions particulières telles que celles-ci sont spécifiées dans la demande d'agrément.

Signature du fournisseur précédée de la mention
« lu et approuvée »

Annexes:

Conditions générales d'agrément et annexes
Ces annexes font partie intégrante de la présente demande.



Conditions générales de l'agrément

Objet de l'agrément

Art. 1er. Les conditions générales et particulières de l'agrément règlent les modalités de la vente et/ou de la mise à disposition de dispositifs médicaux et autres fournitures aux personnes protégées par l'assurance maladie dans le cadre des statuts de la Caisse nationale de santé.

Champ d'application matériel

Art. 2. L'agrément ne concerne que les fournitures des fichiers B1 à B5 des statuts de la Caisse nationale de santé énumérées limitativement à l'annexe I, ainsi que la mise à disposition des fournitures spécifiées aux conditions particulières.

Conditions administratives à remplir par le fournisseur

Art. 3. Le fournisseur doit produire une copie de l'autorisation d'exercer émanant du Ministère des Classes Moyennes. La durée de l'agrément est liée à celle de l'autorisation de commerce de détail, telle que celle-ci a été soumise à la Caisse nationale de santé.

En outre le fournisseur doit établir par des certificats établis par

- le centre commun de la sécurité sociale,
- l'administration des contributions directes et par
- l'administration de l'enregistrement et des domaines,

qu'au cours des trois dernières années il s'est conformé aux obligations de déclaration et de paiement d'avances et de principal, à chaque terme, ou qu'il a respecté les délais lui consentis.

Dans le cas d'une société commerciale, le fournisseur doit produire l'acte constitutif de la société renseignant de façon précise les coordonnées et les fonctions des responsables, notamment du gérant technique.

Le fournisseur doit disposer d'une installation décente lui permettant d'assurer correctement la délivrance des fournitures faisant l'objet du présent agrément.

Personnes protégées

Art. 4. Le présent agrément s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la Sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 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. Il s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du Code de la Sécurité sociale.

Identification des personnes protégées

Art. 5. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du fournisseur 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 vente de fournitures dans le cadre du présent agrément, le fournisseur se fait présenter l'ordonnance médicale ainsi que la carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance.

Libre choix

Art. 6. Le fournisseur s'engage à respecter le libre choix des fournisseurs garanti à la personne protégée.

Ordonnances médicales

Art. 7. Les fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrées exclusivement sur ordonnance médicale préalable.

Sauf disposition expresse contraire les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

Le contenu et la forme des ordonnances sont déterminés par la convention conclue avec le corps médical et/ou par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Opposabilité des ordonnances médicales

Art. 8. A défaut d'inscription d'un délai de validité par le médecin, et sans préjudice de délais spécifiques plus longs ou plus courts visés par les statuts, la vente de fournitures n'est opposable à l'assurance maladie que dans un délai de trois mois à dater de l'émission de l'ordonnance par le médecin-prescripteur.

Le délai commence à partir du jour de l'émission de l'ordonnance et finit au plus tard à minuit du même jour de calendrier du troisième mois suivant l'émission.

Règles de délivrance générales

Art. 9. La durée globale du traitement prescrit ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois.

Les limitations et modalités de délivrance prévues dans les listes en annexe des statuts la Caisse nationale de santé s'appliquent dans tous les cas où l'assuré peut prétendre à la prise en charge par l'assurance maladie.

Sauf les exceptions prévues par la présente convention, notamment en cas de substitution, les fournitures délivrées à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions inscrites sur les ordonnances.

De l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée, et si les circonstances recommandent un tel changement dans l'intérêt du malade, le fournisseur, dans le cadre de la substitution de fournitures, peut ajouter ou retrancher des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale. Le cas échéant le fournisseur rapporte cet amendement ainsi que l'accord du médecin-prescripteur sur l'ordonnance.

Chaque vente comporte remise à la personne protégée soit d'une facture, soit, en cas de tiers payant, d'un ticket de caisse tel que spécifiés à l'annexe II du présent agrément.

S'il y a imprécision sur le nom de marque du produit, le produit le moins cher figurant sous le même code-groupe aux fichiers est à délivrer. S'il y a imprécision ou absence d'indications sur les quantités à délivrer, le fournisseur délivre le conditionnement le plus petit figurant aux fichiers.

Les règles de délivrance peuvent être précisées par le contrôle médical lorsqu'il s'agit de fournitures dont la délivrance est sujette à autorisation préalable par le contrôle médical.

En cas de délivrances successives, la première vente est documentée par l'ordonnance originale. Les ventes subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original.

Le fournisseur appelé à faire la première vente garde l'original de l'ordonnance et remet une copie à l'assuré pour permettre à celui-ci de se procurer les fournitures en phases successives.

Chaque vente comporte inscription par le fournisseur du rang de délivrance afférent dans la feuille/tampon de délivrance. Ainsi la première vente, même si elle constitue une vente unique porte le numéro 01, inscrit dans la feuille/tampon de vente.

Lorsqu'une ordonnance porte sur un dispositif médical ne figurant pas sur la liste prévue dans une des annexes de l'agrément, la délivrance doit comporter l'information écrite par le fournisseur à l'adresse de la personne protégée que cette fourniture est exclue d'une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge dans le cadre du tiers payant

Art. 10. Avant la délivrance des fournitures, le fournisseur vérifie si les fournitures demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant, il en informe les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne lui serait pas remise avec l'ordonnance.

La Caisse nationale de santé s'engage à l'information écrite préalable, en temps utile du fournisseur au sujet de toute modification des statuts pouvant intervenir.

En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au fournisseur.

Invalidation des ordonnances

Art. 11. Le fournisseur doit invalider les ordonnances non prises en charge par le système du tiers payant par l'apposition d'un timbre qui porte la mention "ORDONNANCE EXECUTEE" ainsi que la date de son apposition et la signature ou la paraphe du vendeur.

Détention et propriété de l'ordonnance médicale

Art. 12. L'ordonnance médicale, ou sa copie utilisée dans le cadre des dispositions du présent agrément, est la propriété de la personne protégée.

La personne protégée cesse d'en être propriétaire lorsque l'ordonnance est remise au fournisseur en échange des fournitures y prescrites dans le cadre du tiers payant.

Mode de prise en charge des fournitures

Art. 13. D'une manière générale les frais pour les fournitures délivrées sur ordonnance médicale sont payés au fournisseur par la personne protégée sur présentation d'une facture. L'ordonnance originale est retournée dans ce cas à la personne protégée avec la facture acquittée suivant l'annexe II.

Modalités particulières applicables à la vente de fournitures dans le cadre du tiers payant

Art. 14. Les fournitures inscrites à l'annexe I munies d'un numéro national attribué par la Caisse nationale de santé sont susceptibles d'être prises en charge dans le cadre du tiers payant si elles sont marquées de la mention « tiers payant » et à condition que lors de leur vente il est présenté au fournisseur la carte d'assuré de la personne dont le nom figure sur l'ordonnance médicale.

La part statutaire restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le fournisseur.

L'original de l'ordonnance est transmis à la Caisse nationale de santé ensemble avec le décompte afférent.

Le fournisseur peut demander un titre de prise en charge auprès de la Caisse nationale de santé par le formulaire défini à l'annexe IV pour s'assurer que les conditions de l'article 146 des statuts de la Caisse nationale de santé soient remplies et, le cas échéant, le tiers payant lui ainsi garanti.

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

Art. 15. Aux fins d'obtenir le paiement de la partie du prix opposable à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le fournisseur remet à la Caisse nationale de santé au plus tard dans le mois subséquent le décompte des fournitures délivrées à charge de l'assurance maladie durant le mois précédent. Ce décompte, qui renseigne en bloc le total des fournitures vendues dans le cadre du système du tiers payant, est établi dans la forme prévue à l'annexe III de l'agrément, accompagné de l'original des ordonnances médicales et d'une feuille de délivrance ainsi que, s'il y a lieu, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale. La feuille de délivrance, si elle n'accompagne pas l'ordonnance séparément, est imprimée au verso de cette dernière.

Les ordonnances doivent être numérotées. En cas de délivrances successives, l'ordonnance originale est remplacée par une ordonnance numérotée certifiée conforme, visée à l'article 9.

Sauf contestation formulée dans les conditions prévues à l'article 16, la Caisse nationale de santé procède à la régularisation du montant facturé prévisé au plus tard trente jours fin de mois après la réception du décompte. Les paiements sont effectués par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le fournisseur.

Avec le paiement du montant facturé, la Caisse nationale de santé fait tenir au fournisseur un relevé permettant à celui-ci la vérification de la liquidation.

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

Les fournitures qui ont été prises en charge par la Caisse nationale de santé et qui sont ultérieurement retournées par l'assuré au fournisseur afin d'être revendues, seront créditées par celui-ci à la Caisse nationale de santé sur le décompte suivant.

Contestation des créances

Art. 16. Les créances contestées par la Caisse nationale de santé sont notifiées au fournisseur par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation.

Les contestations, qui peuvent se rapporter même à des ordonnances déjà payées 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.

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

Les créances contestées peuvent être reproduites sur un relevé subséquent par le fournisseur, 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.

Païement

Art. 17. Les paiements effectués conformément aux articles 15 et 16 sont libératoires au sens des dispositions prévues si la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du fournisseur au plus tard dans les 30 jours fin de mois de la réception du décompte visé à l'article 15.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 18. 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:

- lorsqu'une carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance ne peut être présentée lors de la vente des fournitures;
- lorsqu'une ordonnance est incomplète ou non conforme,
- lorsque l'espace réservé sur l'ordonnance pour l'inscription du matricule 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 fournisseur.

Transmission et circulation des données et décomptes à présenter pour le tiers payant

Art. 19. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les fournisseurs font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels que ceux-ci sont décrits aux annexes des présentes conditions générales.

Secret professionnel

Art. 20. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout fournisseur dans les conditions établies par la loi et les règlements.

Le fournisseur doit garantir le secret total de tout ce dont il a pris connaissance dans l'exercice de sa profession, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le fournisseur veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment.

Disponibilités de livraison

Art. 21. Le fournisseur s'engage à délivrer toutes les fournitures figurant sur la liste à l'annexe I du présent agrément, ainsi qu'à notifier toutes modifications dans ses disponibilités de livraison. Ces informations pourront être transmises aux personnes protégées. Lorsque le fournisseur ne peut manifestement pas délivrer les produits de l'annexe I, la Caisse nationale de santé se réserve le droit de rectifier l'annexe I en conséquence.

Annexe I	Liste des catégories autorisées avec et sans application du mode tiers payant
Annexe II	Facture et ticket de caisse
Annexe III	Décompte mensuel général du fournisseur
Annexe IV	Demande d'un titre de prise en charge dans le cadre de l'article 146 des statuts

ANNEXE I

FICHER B1

code -groupe	désignation du code-groupe	Fournitures commercialisées
V98E	Prothèses oculaires (1/12mois) (cf art.2)	
V98EX	Prothèses oculaires (1/36mois) (cf art.2)	

Situation au 01.06.2020

FACTURE

Code du fournisseur
Nom du fournisseur
Matricule de l'assuré
Nom de l'assuré
Date de la délivrance
Numéro national ou numéro d'identification
Quantité
Dénomination abrégée de la fourniture
Montant pris en charge par l'assurance maladie
Prix public (Brut) de la fourniture
TVA
Total prix public (Brut) de la fourniture
Montant total de la participation du patient pour la fourniture

TICKET DE CAISSE

Code du fournisseur
Nom du fournisseur
Matricule de l'assuré
Date de la délivrance
Numéro de l'ordonnance
Quantité
Dénomination abrégée de la fourniture
Montant pris en charge par l'assurance maladie (le cas échéant)
Prix public (Brut) de la fourniture
Total prix public (Brut) de la fourniture
Montant total de la participation du patient pour la fourniture

ANNEXE III

DECOMPTE MENSUEL GENERAL

(Ce décompte reprend en détail les prestations relevant du tiers payant)

Code fournisseur _____
 Mois et année du décompte _____
 Nombre d'ordonnances _____
 Nombre de lignes _____
 Total du montant brut ttc facturé _____
 Total du montant ttc relevant du tiers payant _____

	Matricule	Numéro national ou code	Désignation exacte de la fourniture (nom de marque et réf. producteur)	Nombre	Montant brut ttc	Montant net ttc (tiers payant)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

ANNEXE IV

Caisse nationale de santé Tél.:2757-1 Fax:2757-2758 Adresse postale:B.P.1023 L-1010 Luxembourg Bureaux:125, rte d'Esch www.cns.lu
--

code prestataire _____

nom fournisseur _____

Tel: _____ Fax: _____

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE ET CONTROLE DELAI

Matricule de la personne protégée _____

Nom de la personne protégée _____

Code et nom du médecin prescripteur _____

Date de l'ordonnance _____

Nature de la demande **Application de l'article 151 des statuts (long séjour à l'étranger)**

Accord préalable pour fourniture du fichier B1 (*détails ci-après):

Accord préalable pour fourniture du fichier B2 (*détails ci-après):

***No national ou code** _____

***Nom de marque de la fourniture** _____

***Nom du producteur** _____

CAISSE NATIONALE DE SANTE **Tél.: 2757-1** **Fax: 2757-4525**

avec l'information qu'une suite favorable à la demande n'a pu être donnée au motif suivant:

Luxembourg,
le

date

signature