

Association luxembourgeoise des sages-femmes

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes, les personnes protégées et l'assurance maladie, pris en exécution de l'article 10 de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes et l'union des caisses de maladie.

Historique

Mémorial		Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A n° 170 du 31.12.2001	<ul style="list-style-type: none">Nouveau cahier des charges	
1.	Mémorial A n° 174 du 18.09.2007	<ul style="list-style-type: none">Amendement du cahier des charges	22.09.2007

TITRE Ier. – Champ d'application matériel

Art. 1^{er}. Les documents visés par le présent cahier des charges sont les suivants:

a) les feuilles d'ordonnance des sages-femmes

<p>A</p> <p>NOM, PRENOM (prestataire)</p> <p>Numéro, Rue</p> <p>Code postal, Localité</p>	<p>B</p> <p>Code SAGE-FEMME: 30XXXX-XX</p>
<p>C</p> <p>Matrioule: _____</p> <p>Nom patient: _____</p> <p>Numéro accident: _____</p> <p>Date accident: _____</p>	<p>D</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ORDONNANCE DE SAGE-FEMME

(cf. dispositions du règlement grand-ducal du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme)

Date:	Date expiration:	Date	P. ord	1	2	3	4	5	6
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			Dél. 1						
			Dél. 2						
			Dél. 3						
			Dél. 4						
			Dél. 5						
			Dél. 6						
			Dél. 7						
			Prestation délivrée / Date						
_____ Signature		Estampille / Signature prestataire Réserve à l'administration / Visa contrôle médical							

La loi du 31.3.1979, modifiée par celle du 1.10.1992, art 28-1(5), est appliquée

Le contenu, le format et la topographie de la formule sont définis par référence au modèle standard ci-dessous.

En-tête

L'en-tête comporte l'inscription obligatoire des données suivantes:

A) Dans la zone réglementée «B» de l'en-tête:

- Le code prestataire de la sage-femme. Ce code est obligatoirement inscrit dans la première ligne utile dans l'angle supérieur droit de chaque formule. Le code sage-femme se compose d'un préfixe de deux chiffres, d'un numéro composé de quatre chiffres et d'un numéro de contrôle composé de deux chiffres.

B) Dans la zone réglementée «C» de l'en-tête:

- Les nom et prénom du patient qui doivent correspondre à ceux inscrits sur la carte d'assuré. (Le maximum de caractères affichés dans le système PENII/PENIII est de 21 caractères/espaces)
- Le numéro du matricule du patient, qui doit correspondre à celui inscrit sur la carte d'assuré.

C) Dans la zone libre de l'en-tête «A»:

- Les nom et prénom et l'adresse de la sage-femme.

L'inscription des données suivantes est facultative:

D) Dans la zone réglementée «D»:

- Le nom et l'adresse du patient ou de tout autre destinataire en cas d'envoi postal de la formule.

E) Dans la zone libre «A»:

- Certaines indications professionnelles (p. ex.: le numéro de téléphone, les heures de consultation, compte bancaire, etc.)

La partie réservée au côté droit de la feuille

- à l'inscription des médicaments en cas de délivrance successive
- à l'administration
- au contrôle médical

L'appellation «ORDONNANCE DE SAGE-FEMME» est obligatoire.

L'agrégation de traits délimitant les différentes rubriques n'est pas obligatoire.

Date

L'inscription de la date de l'émission de l'ordonnance est obligatoire. A défaut les prestations ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

L'inscription par la sage-femme de la date d'expiration est facultative. Si aucune date n'est inscrite dans cette rubrique, la péremption prend une valeur par défaut. Elle est alors périmée «d'office» dans le délai prévu dans les différentes conventions.

Durée maximale de traitement par ordonnance

Aucune ordonnance ne peut comprendre des prescriptions pour une durée de traitement supérieure à six mois.

Signature

L'ordonnance doit être signée de la sage-femme au moment de l'établissement.

Une procuration ou une délégation de signature à une tierce personne ne sont pas permises, de même qu'une signature préalable des ordonnances «en blanc».

L'ordonnance est utilement authentifiée par un tampon de la sage-femme.

Une rubrique portant le texte suivant est inscrite au bas de toute formule contenant des données soumises à l'assurance maladie aux fins de prise en charge:

La loi du 31.3.79, mod. par celle du 1.10.92, art. 28-1(5), est appliquée

La ligne précédant immédiatement cette inscription est utilisée comme espace réservé à l'insertion éventuelle de remarques (p. ex. le compte bancaire sur le mémoire d'honoraires sur le formulaire informatisé).

Remarque explicative: Cette indication, qui reprend une formule préconisée par la commission consultative instituée par la loi du 31 mars 1979 réglementant l'utilisation des données nominatives dans les traitements informatiques, est censée renvoyer les utilisateurs des documents à l'application des dispositions de l'article 28-1(5) de la loi du 31 mars 1979, modifiée par celle du 1er octobre 1992, réglementant l'utilisation des données nominatives dans les traitements informatiques. Cette disposition prévoit notamment que la communication de données relatives à des prestations médicales, faites par le fournisseur de soins à un organisme de sécurité sociale aux fins de remboursement des dépenses afférentes est autorisé.

b) la formule de mémoires d'honoraires des sages-femmes

suit la formule de mémoire d'honoraires des sages-femmes qui reste inchangée par rapport à la version du 19 décembre 2001

1) IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE					2) CODE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE 30 0000 – 00			
3) MATRICULE NOM PRENOM DU PATIENT			4) NOM PRENOM RUE PAYS CODE POSTAL LOCALITE					
5) 6)								
7) MEMOIRE D'HONORAIRES N° 0000000000000 8) DU 00 00 0000								
9) NUM TITRE	10) PRESTATION	11) DATE	12) NOMBRE	13) BRUT	14) NET	15) HEURE	16) P.PERS.	17) EXECUTANT
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
18) SOUS- TOTAL:								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
19) SOUS- TOTAL:								
20) TOTAL:								

21) Paiement direct

22) Tiers payant

23) MONTANT A PAYER :

24) Pour acquit, le

25) Signature et cachet

26) coordonnées bancaires (données de la case 1)
27) La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92 art 28-1(b) est appliquée

c) les relevés à joindre aux mémoires d'honoraires en cas d'application du système du tiers payant

suivent les relevés à joindre aux mémoires d'honoraires en cas d'application du système du tiers payant qui restent inchangés par rapport à la version du 19 décembre 2001

RELEVÉ DES NOTES D'HONORAIRES DES ACTES ET SERVICES DES SAGES-FEMMES*

Identification du fournisseur de soins de santé

réservé à l'union des caisses de maladie

Coordonnées bancaires :

Code :

Récapitulation des notes d'honoraires du chef de la fourniture de soins de santé dispensés aux personnes protégées relevant de l'assurance maladie.

Pendant la période du:

au:

Nombre des mémoires d'honoraires ou d'enregistrements du support informatique:

Montant total des honoraires à charge de l'organisme assureur (montant net cf. zone 14) du mém. d'honoraires):

Certifié sincère et véritable, mais non encore acquitté:

, le

Signature

- Transmission informatique des données dans le cadre du tiers payant
- Transmission manuscrite des données dans le cadre du tiers payant

* Cette page est à joindre soit aux mémoires d'honoraires soit au fichier en cas d'application du système du tiers payant.

EXTRAIT DE LA CONVENTION

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement visé par l'article 26* du code des assurances sociales.

L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

*Art. 26. (CAS) (1) Les assurées bénéficient lors de l'accouchement des soins d'une sage-femme, de l'assistance médicale, du séjour dans une maternité ou clinique, de fournitures pharmaceutiques et de produits diététiques pour nourrissons.

(2) Ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées par règlement grand-ducal. (R.23.12.1998) (art. 3 modifié par R. 23.12.1999)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du code des assurances sociales (Mémorial 1998, A 123, p. 3.395) modifié par règlement grand-ducal du 23 décembre 1999 (Mémorial 1999, A 149, p.2934) (remplace le règlement grand-ducal du 14.3.1996 qui est abrogé)

Art.1er. En cas d'accouchement en milieu hospitalier, le forfait prévu à l'article 26 du code des assurances sociales comprend:

- a) l'assistance médicale à l'accouchement comprenant le traitement post - partum;
- b) les soins d'une sage-femme et les frais intervenus lors de l'accouchement, tels que l'indemnisation pour salle d'accouchement, les frais de médicaments et de matériel de pansement, qui sont déterminés par le coût moyen pondéré global de l'unité d'œuvre «salle d'accouchement» comprenant les frais fixes et les frais variables opposables à l'assurance maladie - maternité;
- c) les frais de séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital, qui sont déterminés par journée par le coût moyen pondéré global de l'unité d'œuvre «hospitalisation - soins normaux» comprenant les frais fixes et les frais variables opposables à l'assurance maladie - maternité, jusqu'à un maximum de douze journées;
- d) les frais de soins post - partum de la sage-femme au domicile de la mère, pour autant que le séjour de la mère à l'hôpital après l'accouchement ait été inférieur à cinq journées;
- e) les frais des produits diététiques ou le matériel accessoire pour l'allaitement maternel.

Remarques relatives à la transmission sur support informatique

1. En cas d'utilisation d'un support informatique, les ordonnances et relevés sont présentés dans le même ordre que sur le fichier informatique.
2. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

Remarques relatives à la transmission manuscrite

1. Chaque mémoire d'honoraires doit obligatoirement porter le numéro matricule du patient pour être opposable à l'assurance maladie.
2. Pour l'inscription des notes d'honoraires il ne sera utilisé qu'une seule ligne du relevé.
3. Les notes d'honoraires, accompagnées des ordonnances ou copie des ordonnances sont à présenter dans l'ordre de leur inscription sur le relevé.
4. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

No d'ordre	Note no*	Matricule - Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
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				
26				
27				
28				
29				
30				
		à reporter		

* inscription facultative

No d'ordre	Note no*	Matricule - Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
1		Report.....		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
		à reporter		

* inscription facultative

Art. 2. Les dispositions transitoires sont abrogées.

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.