



d'Gesondheetskeess



Cahier des charges relatif à la transmission et circulation des données et informations relatives aux formules standardisées entre les médecins et médecins-dentistes et les personnes protégées, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 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, respectivement 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-dentistes

Vu les articles 61 à 64 du Code de la sécurité sociale,

Vu l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993, 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, telle qu'elle a été modifiée dans la suite,

Vu l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993, 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-dentistes, telle qu'elle a été modifiée dans la suite,

les parties soussignées, à savoir:

l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, possédant les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, représentée par son président, le docteur Alain Schmit, son vice-président, le docteur Carlo Ahlborn, et son secrétaire général, le docteur Guillaume Steichen,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son conseil d'administration, Monsieur Christian Oberlé,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

Titre I : Champ d'application matériel et définitions

Art. 1^{er}. Les formules standardisées visées par le présent cahier des charges sont celles qui s'appliquent dans les relations entre les personnes protégées, le corps médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie et l'Association d'assurance accident.

Art. 2. Aux fins du présent cahier des charges, on entend par :

- 1) « prestataire », tout médecin ou médecin-dentiste ;
- 2) « médecin » toute personne physique autorisée à exercer la médecine dentaire conformément à l'article 12 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- 3) « médecin-dentiste », toute personne physique autorisée à exercer la médecine dentaire conformément à l'article 12 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- 4) « code prestataire facturier », le code prestataire de celui qui émet le mémoire d'honoraires, c'est-à-dire qu'il s'agit soit d'un code prestataire, soit d'un code prestataire commun ;
- 5) « matricule », le numéro d'identification visé à l'article 1^{er} de la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques, conformément aux articles 2, paragraphe 4, alinéa 2, et 46 de cette loi ;
- 6) « Agence », l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, conformément à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale ;
- 7) « nomenclature », en fonction du prestataire, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, ou le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie ;
- 8) « CNS », la Caisse nationale de santé au sens de l'article 44 du Code de la sécurité sociale ;
- 9) « convention », convention du 13 décembre 1993, 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, telle qu'elle a été modifiée dans la suite, ou la convention du 13 décembre 1993, 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-dentistes, telle qu'elle a été modifiée dans la suite.

Titre II : Commission paritaire permanente

Art. 3. Les missions de la commission paritaire permanente prévue à l'article 19 de la convention sont essentiellement techniques.

La commission paritaire permanente est composée de deux membres effectifs et suppléants de chacune des parties. Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonctions le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel l'autre partie en a été informée, à moins qu'une date ultérieure n'ait été communiquée.

La commission paritaire permanente se réunit sur convocation d'une des parties, moyennant un préavis d'un mois. La convocation tient compte d'un ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion. Sur proposition des membres effectifs de la commission paritaire permanente, des tiers peuvent assister aux réunions.

Le secrétariat de la commission qui assume la charge des écritures et des convocations, est assuré par la CNS.

Titre III : Généralités concernant les formules standardisées

Art. 4. Les formules standardisées doivent respecter les critères suivants :

- 1) Certaines zones sont réglementées et les inscriptions y prévues doivent figurer rigoureusement à l'emplacement spécifique leur réservé conformément au modèle standard ;
- 2) La marge minimale (haut, bas, droite et gauche) est de 1cm ;
- 3) La formule standardisée est produite en noir uniquement (à l'exception des logos dans la zone libre qui peuvent présenter des nuances de gris ou de la couleur) ;
- 4) Les zones grisées/hachurées ne doivent pas être utilisées en fond des zones de texte ;
- 5) Les caractères des zones d'information doivent être détachés : on ne doit pas écrire C8, mais C8. La valeur recommandée correspond à l'espacement normal ou expanded de Word. L'espacement « Condensed », même de 1 point est à éviter ;
- 6) La fonte classique suivante est autorisée : Arial.

Art. 5. Les versions papier des formules standardisées doivent également respecter les critères suivants :

- 1) Le contraste doit être garanti par un encrage suffisant ;
- 2) La formule standardisée comporte une qualité papier minimale de 80 gr/m² ;
- 3) La formule standardisée est uniquement en format A4 ;
- 4) Une version manuscrite n'est opposable qu'en cas de dispense telle que prévue à l'article 18, alinéa 14 de la convention ou qu'en cas de force majeure ou lors d'un déplacement tels que prévus à l'article 18, alinéa 13 de la convention ;
- 5) Afin de ne pas rendre l'ensemble des données inscrites sur la formule standardisée en version papier illisible pour une saisie optique informatisée, le prestataire veillera à ne pas inscrire les signature, cachet, date, etc., en surcharge des autres rubriques.

Art. 6. L'émission des versions papier des formules standardisées par le prestataire ou son délégué autorisé est faite à titre gracieux.

Titre IV : Mise en œuvre de la transmission numérique des formules standardisées

Art. 7. Pour réaliser la transmission par voie numérique de données structurées et normalisées de formules standardisées au système d'information de la sécurité sociale, le prestataire doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- suivre la procédure pour réaliser le transfert par voie numérique de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, telle que publiée sur le site internet de la CNS ,
- émettre des formules standardisées sous forme de données structurées et normalisées dont le contenu à transmettre au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS par type de formule standardisée, est conforme aux dispositions du Titre VII,
- joindre à chaque transmission d'une formule standardisée par voie numérique de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale une version PDF/A 1b de la formule standardisée concernée, et
- cette transmission doit être conforme aux documents de référence élaborés par la CNS conformément à l'article 9.

Art. 8. Une version numérique du PDF transmis par le prestataire conformément à l'alinéa précédent est mise à disposition par la CNS à la personne protégée.

Documents de référence

Art. 9. Sur base de l'article 18, alinéas 11 à 14 de la convention, la CNS élabore des documents de référence requis pour la transmission numérique de formules standardisées sous forme de données structurées et normalisées ou en format PDF, et les met à disposition des prestataires.

Ces documents de référence définissent les standards techniques applicables, ainsi que les modèles des échanges à respecter dans le cadre de la transmission de formules standardisées sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale. En cas de mise à jour des documents de référence, la CNS s'engage à en informer les prestataires, ceux-ci disposent alors d'un délai de trois mois pour s'y conformer après réception de l'information transmise par la CNS.

Art. 10. Par dérogation à l'article précédent et en l'absence des documents de référence définissant la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale est remplacée par la transmission d'une version de cette formule standardisée au système d'information de la sécurité sociale 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 des documents de référence définissant la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale et en l'absence des documents de référence définissant la transmission d'une version de cette formule standardisée en format PDF au système d'information de la sécurité sociale, la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale est remplacée par l'émission par le prestataire de cette formule standardisée en format papier.

Titre V : Spécifications du code-barres

Généralités concernant le code-barres

Art. 11. Le codes-barres visé à l'article 18, alinéa 10 de la convention prend la forme d'un code datamatrix dont le niveau de redondance est d'au moins 7 pour cent (niveau L) et pour lequel le séparateur à utiliser entre chaque champ est un « # ».

Le code-barres sur les mémoires d'honoraires

Art. 12. Pour les mémoires d'honoraires, hors tiers payant social, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
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
DMMHRB01	Remboursement
DMMHT6001	Tiers payant (Convention, art. 60, à l'exception du point i), sous 1) à l'alinéa 1 ^{er})
DMMHT6701	Tiers payant action directe (Convention, art. 67)
DMMHTFA01	Tiers payant forfaits pour frais d'utilisation d'appareil (Convention, art. 60, alinéa 1 ^{er} , sous 1), point i))
DMMHPID01	Paiement immédiat direct

Le code-barres sur les relevés tiers payant

Art. 13. Pour les relevés tiers payant, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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	Matricule sur 13 positions
5	Date	D	Code sur 8 positions
6	Nombre de pages	NP	Nombre de pages du document principal
7	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés au document principal
8	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes du document principal
9	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type Relevé tiers payant
DMRTP01	Relevé tiers payant (Convention, art. 60, à l'exception du point i))
DMRAD01	Relevé tiers payant action directe (Convention, art. 67)
DMRFA01	Relevé tiers payant forfaits pour frais d'utilisation d'appareil (Convention, art. 60, point i))

Le code-barres sur les ordonnances médicales

Art. 14. Pour les ordonnances médicales, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
7	Nombre de pages	NP	Nombre total de la formule standardisée
8	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés au document principal
9	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes du document principal
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
DMOPHT01	Ordonnance médicale : Psychothérapie
DMODIE01	Ordonnance médicale : Diététique
DMOORT01	Ordonnance médicale : Orthophonie
DMOSAF01	Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes
DMOREE01	Ordonnance médicale : Psychomotricité
DMOPDSL01	Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux - texte libre
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 spéciale pour transport en ambulance
DMOLUN01	Ordonnance médicale : Aides visuelles
DMOVCO1	Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention
DMODIA01	Ordonnance médicale : Pied diabétique
DMOPR101	Ordonnance médicale : Prescription 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
DMOMED01	Ordonnance médicale

Le code-barres sur les devis dentaires

Art. 15. Pour les devis dentaires, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
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 devis
DMDORT01	Devis pour traitement orthodontique
DMDPRO01	Devis dentaire (hors orthodontie)

Le code-barres sur les feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 16. Pour les feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
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

Le code-barres sur le décompte des indemnités horokilométriques

Art. 17. Pour le décompte des indemnités horokilométriques, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
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
DMDIHK01	Décompte des indemnités horokilométriques

Le code-barres sur les certificats d'incapacité de travail

Art. 18. Pour les certificats d'incapacité de travail, le code datamatrix est repris uniquement sur le volet destiné à la caisse de maladie, commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
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	Certificat de maladie ou d'accident
DMCMAT01	Certificat de congé maternité
DMCRF01	Certificat de congé pour raisons familiales

Le code-barres sur les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 19. Pour les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, le code datamatrix commence par le préfixe du champ « Type CNS de la formule standardisée » et 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 YYYYMMDD
6	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés au document principal
7	Nombre de pages annexées pour l'ensemble des annexes	AP	Nombre total de pages composant les annexes du document principal
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

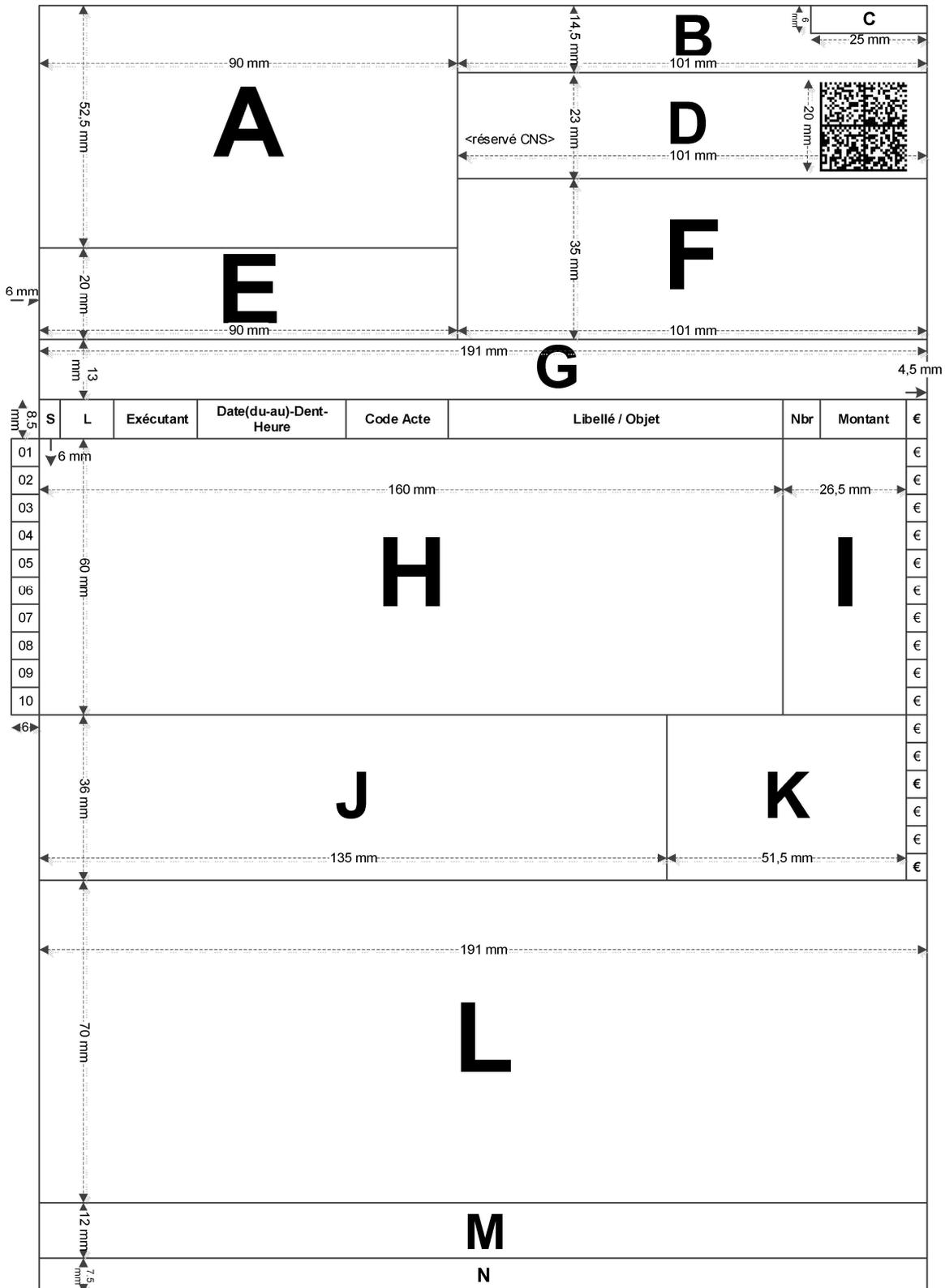
*Types	Libellé type déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMACN01	Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMACO01	Formulaire de déclaration : Appareil 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 VI : Description des formules standardisées

Chapitre I : Facturation

Section 1 : Mémoires d'honoraires

Art. 20. 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 dénomination de l'association*	
			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 datamatrix conforme à Art. 12 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises au système d'information de la sécurité sociale.
E	90,0*20,0	Arial 11 justifié gauche	Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 9, alinéa 8 de la convention, 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	Uniquement d'application dans le cadre de la procédure de tiers payant, telle que prévue par

				<p>l'article 60, alinéa 1^{er}, point 1), sous a) de la convention.</p> <p>Lorsque la prestation est en rapport avec un accident professionnel ou une maladie professionnelle reconnue, le numéro d'accident doit être reproduit.</p> <p>La donnée "numéro de l'accident" est sur 10 positions alphanumériques.</p>
			Date accident patient	<p>Uniquement d'application dans le cadre de la procédure de tiers payant, telle que prévue par l'article 60, alinéa 1^{er}, point 1), sous a) de la convention.</p> <p>Obligatoire si « numéro de l'accident » n'est pas connu par le prestataire, mais que celui-ci présume le rapport avec un accident professionnel ou une maladie professionnelle, il inscrit la date de l'accident.</p> <p>Date : JJ/MM/AAAA</p>
F	101,0*35,0	Arial 11 (fenêtre adresse de l'enveloppe)	Nom destinataire	
			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	Code pays - code postal - localité.
G	191,0*13,0	Arial 14 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. Art. 211
	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 Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes médicaux de la nomenclature prestés dans le cadre du service de remplacement, tel que prévu à la convention portant organisation du service de remplacement de nuit, des fins de semaine et des jours fériés des médecins-généralistes conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg en date du 14 décembre 2010, portent la date correspondant à l'heure d'appel du médecin par le patient. Les actes 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 finit le service de remplacement.
	16,0*6,0		Date (au) DENT - Col 2	Date : JJ/MM/AA Heure : hh:mm Les médecins-dentistes inscrivent les dents et les faces traités suivant la numérotation et codification détaillées en dessous de ce tableau. Les médecins-dentistes remplissent la case « DENT » conformément à Art. 222.

				Les médecins-dentistes indiquent les précisions prévues au tableau repris à l'annexe A.
	22,0*6,0		Code Acte*	<p>10 positions, incluant les préfixes et suffixes.</p> <p>Aucun blank (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.</p> <p>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 - concernant les médecins - pour des actes de pratique courante en matière d'analyses médicales.</p>
	72,0*6,0		Libellé/Objet	Libellé de l'acte.
I	8,0*6,0		Nombre Acte*	
	18,5*6,0		Montant Brut Acte*	
	4,5*6,0		Largeur zone Devise*	En « EUR ».
J	135,0*36,0	Arial 10	Acquitté	Tout mémoire d'honoraires payé immédiatement par le patient doit être revêtu d'une formule d'acquit « Pour acquit » – sans ajouter toute autre preuve supplémentaire dans ce sens.
			Date acquittement	Obligatoire si mémoire d'honoraires acquitté. Date : JJ/MM/AAAA
			Signature* et cachet du prestataire	<p>Signature du prestataire ou de son délégué autorisé.</p> <p>Pour les formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale :</p> <p>- Signature électronique obligatoire.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques. <p>Pour les versions papier des formules standardisées de mémoires d'honoraires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signature uniquement en cas d'acquittement du mémoire d'honoraires. - Cette signature doit être accompagnée du cachet du prestataire.
K	33,0	Arial 8 justifié gauche	Largeur Intitulés zone K	Libellé de chaque ligne.
	18,5*6,0	Arial 8 justifié droite	Sous-total	Obligatoire en cas de mémoire d'honoraires à plusieurs pages.
			Report autres pages	Somme des sous-totaux des pages 2,3, ... 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 du paiement immédiat direct, à remplacer par « Part caisse de maladie* ».
		Arial 8 justifié droite		Dans le cadre du paiement immédiat direct, à remplacer par « Part patient payée* ». À défaut d'application du paiement immédiat direct, cette case reste vide.
	Arial 8 Bold justifié droite	A PAYER*	En capitales. Dans le cadre du paiement immédiat direct, correspond d'office à 0,00 €.	
4,5*6,0	Arial 8 Centré	Largeur zone Devise		
L	191,0*70,0		Texte libre virement	<p>Coordonnées bancaires / réf. virement / ...</p> <p>Dans le cadre du paiement immédiat direct, la mention suivante doit figurer en Arial 14 Bold centré dans cette zone:</p>

				« !!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!! »	
M	42,5*6,0	Arial justifié gauche	8	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 de l'ordonnance	Date : JJ/MM/AAAA
	46,0*6,0			Numéro d'ordonnance	10 positions.
	56,5*6,0			Numéro du titre	15 positions, code attribué par la CNS.
	191,0*6,0			Texte libre justification médicale	Texte libre à destination de la personne protégée.
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. 21. Conformément à l'article 64, alinéa 1^{er}, point 6 du Code de la sécurité sociale, le prestataire indique le lieu d'exécution de la prestation de soins de santé sur le mémoire d'honoraires. Pour ce faire, il indique le code du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé 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
Hôpitaux Robert Schuman	Hôpital Kirchberg	C1
	Clinique privée Dr E. Bohler	C2
	Zithaklinik	C3
	Clinique Ste Marie	C4
Centre Hospitalier du Nord	Ettelbruck	D1
	Wiltz	D2
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

Art. 22. Les médecins-dentistes remplissent la case « DENT », au niveau de la zone H, conformément à la numérotation et à la codification suivantes :

Dents définitives

Dents côté droit						Dents côté gauche									
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

Dents côté droit						Dents côté gauche									
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-dentiste 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-dentiste 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-dentiste indique dans la case « DENT » « CS » pour les canines supérieures et « CI » pour les canines inférieures (en lieu et place du code « DENT »).

Art. 23. Un exemple de mémoire d'honoraires sur une page est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Maison médicale N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	1	01	90XXXXXX	30/07/24		C1	Consultation	1	62,10	€
02	1	01	90XXXXXX	30/07/24		CP1	Convenance personnelle 1	1	5,00	€
03										€
04										€
05										€
06										€
07										€
08										€
09										€
10										€

Pour acquit, le :

Signature du prestataire

Sous Total :		€
Report :		€
Total :	67,10	€
Acompte à déduire :		€
		€
A PAYER :	67,10	€

BCEE LU31 2222 7777 8888 5000 BIC: BCEELULL
 CCPL LU30 1111 2222 3333 0000 BIC: CCPLLULL

Lors du virement, veuillez noter la référence suivante : 2024073005 du 30/07/2024

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX
	<réserve CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	1	01	90XXXXXX	30/07/24		DC1	Consultation	1	42,40	€
02	1	01	90XXXXXX	30/07/24		DS1	Détartrage	1	40,90	€
03										€
04										€
05										€
06										€
07										€
08										€
09										€
10										€

Pour acquit, le :

Signature du prestataire

Sous Total :		€
Report :		€
Total :	83,30	€
Acompte à déduire :		€
		€
A PAYER :	83,30	€

BCEE LU31 2222 7777 8888 5000 BIC: BCEELULL
 CCPL LU30 1111 2222 3333 0000 BIC: CCPLLULL

Lors du virement, veuillez noter la référence suivante : 2024073005 du 30/07/2024

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Art. 24. Un exemple de mémoire d'honoraires sur une page dans le cadre du paiement immédiat direct est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Maison médicale N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	1	01	90XXXXXX	30/07/24		C1	Consultation	1	62,10	€
02	1	01	90XXXXXX	30/07/24		CP1	Convenance personnelle 1	1	5,00	€
03										€
04										€
05										€
06										€
07										€
08										€
09										€
10										€
							Sous Total :	67,10	€	
							Report :		€	
							Total :	67,10	€	
							Part caisse de maladie :	54,65	€	
							Part patient payée :	12,45	€	
							A PAYER :	0,00	€	

Pour acquit, le : 30/07/2024

Signature du prestataire

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	1	01	90XXXXXX	30/07/24		DC1	Consultation	1	42,40	€
02	1	01	90XXXXXX	30/07/24		DS1	Détartrage	1	40,90	€
03										€
04										€
05										€
06										€
07										€
08										€
09										€
10										€

Pour acquit, le : 30/07/2024

Signature du prestataire

Sous Total :		€
Report :		€
Total :	83,30	€
Part caisse de maladie :	74,01	€
Part patient payée :	9,29	€
A PAYER :	0,00	€

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Art. 25. Dans les cas où le prestataire établit un mémoire d'honoraires sur plusieurs pages, comportant chacune 10 lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) Les pages suivant la première page ont la même structure que la première page, définie à l'Art. 200 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/3 ») ;
- 3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) La zone K sur toutes les pages à l'exception de la dernière page ne contient que le sous-total ;
- 5) 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 ;
- 6) Les zones J, L et M figurent uniquement sur la dernière page, sauf dans le cadre du paiement immédiat direct.

Art. 26. Un exemple de mémoire d'honoraires sur plusieurs pages est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire facturier : <Code prestataire fact-m>	Page 1/2
	<réservé CNS> 	Assuré : <NOM-D> <Prénom-d> <Adresse-d 1> <Adresse-d 2> <Adresse-d 3> <Pays-d>-<Code-d> <Ville-d>
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>		

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : <Num-mem-> du : <Date-m>

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
02	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
03	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
04	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
05	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
06	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
07	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
08	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
09	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
10	X	XXXX	XXXXXX	XX/XX/XX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXX,XX	€
Sous Total :								XXXX,XX	€	

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/>.

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste en psychiatrie Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 1/2
	<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024072605 du : 26/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
01	1	31XX	90XXXXXX	17/07/24		WNQ01	Exploration du milieu familial, 60 à 90 minutes	1	359,80	€
02	1	31XX	90XXXXXX	17/07/24		F51	1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	1	246,90	€
03	1	31XX	90XXXXXX	18/07/24		F51	1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	1	246,90	€
04	1	31XX	90XXXXXX	19/07/24		WLQ03	Traitement individuel de 41 à 60 minutes	1	239,90	€
05	1	31XX	90XXXXXX	20/07/24		F52	3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	1	125,20	€
06	1	31XX	90XXXXXX	21/07/24		F521	3e au 6e jour de soins intensifs, le dimanche	1	187,80	€
07	1	31XX	90XXXXXX	22/07/24		F52	3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	1	125,20	€
08	1	31XX	90XXXXXX	23/07/24		WLQ01	Traitement individuel de moins de 20 minutes	1	359,80	€
09	1	31XX	90XXXXXX	24/07/24		WLQ03	Traitement individuel de 41 à 60 minutes	1	239,90	€
10	1	31XX	90XXXXXX	25/07/24		F221	2e au 14e jour d'hospitalisation, jour férié	1	59,10	€
							Sous Total :	2190,50	€	

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste en psychiatrie Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 2/2
	<réserveé CNS>	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024072605 du : 26/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€	
11	1	31XX	90XXXXXX	26/07/24	WLQ03	Traitement individuel de 41 à 60 minutes	1	239,90	€
12									€
13									€
14									€
15									€
16									€
17									€
18									€
19									€
20									€

Pour acquit, le :

Signature du prestataire

Sous Total :	239,90	€
Report :	2190,50	€
Total :	2430,40	€
Acompte à déduire :		€
		€
A PAYER :	2430,40	€

BCEE LU31 2222 7777 8888 5000 BIC: BCEELULL
 CCPL LU30 1111 2222 3333 0000 BIC: CCPLLULL

Lors du virement, veuillez noter la référence suivante : 2024072605 du 26/07/2024

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 1/2
	<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€	
01	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN14	Orthopantomographie	1	38,80 €
02	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN14X	Location d'appareil	1	51,20 €
03	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN25M	Film 12/30 à 15/34	1	8,00 €
04	1	01	90XXXXXX	23/07/24		DC1	Consultation	1	42,40 €
05	1	01	90XXXXXX	23/07/24	15	DS13	Traitement de la gangrène pulpaire	1	30,00 €
06	1	01	90XXXXXX	23/07/24	15	CP8	Convenance personnelle 8	1	28,00 €
07	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS20	Anesthésie locale	1	14,60 €
08	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS9	Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	1	40,90 €
09	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS19	Reconstitution d'un angle en résine	1	70,10 €
10	1	01	90XXXXXX	30/07/24	24	DS20	Anesthésie locale	1	14,60 €
							Sous Total :		338,60 €

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 2/2
	<réserveé CNS>	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€
11	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24	DS9	Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	1	40,90	€
12	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24DO	DS15	Obturation portant sur deux faces d'une dent	1	62,30	€
13	1	01	90XXXXXX 30/07/24 25O	DS14	Obturation, une face	1	49,50	€
14	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24	CP8	Convenance personnelle 8	1	49,00	€
15	1	01	90XXXXXX 30/07/24 25	DS20	Anesthésie locale	1	14,60	€
16	1	01	90XXXXXX 30/07/24 13	DS13	Traitement de la gangrène pulpaire	1	30,00	€
17	1	01	90XXXXXX 30/07/24 13	DN11	Radiographie dentaire, première radiographie	1	36,50	€
18								€
19								€
20								€

Pour acquit, le :

Signature du prestataire

Sous Total :	282,80 €
Report :	338,60 €
Total :	621,40 €
Acompte à déduire :	€
	€
A PAYER :	621,40 €

BCEE LU31 2222 7777 8888 5000 BIC: BCEELULL
 CCPL LU30 1111 2222 3333 0000 BIC: CCPLLULL

Lors du virement, veuillez noter la référence suivante : 2024073005 du 30/07/2024

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Art. 27. Un exemple de mémoire d'honoraires sur plusieurs pages dans le cadre du paiement immédiat direct est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Service ORL Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 1/2
	<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024062905 du : 29/06/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€	
01	1	90XXXXXX	26/06/24		3N47	Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps	1	337,70	€
02	1	90XXXXXX	26/06/24		3N55BR	Résection partielle ou totale d'un cornet	1	58,40	€
03	1	90XXXXXX	26/06/24		3N54R	Résection endonasale d'une oblitération choanale oss.	1	168,90	€
04	1	90XXXXXX	27/06/24		3L11	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	1	51,40	€
05	1	90XXXXXX	27/06/24		3R14R	Otoscopie au microscope - CAC	1	10,20	€
06	1	90XXXXXX	27/06/24		3N13R	Rhinoscopie antérieure avec optique, exploration com.	1	13,00	€
07	1	90XXXXXX	28/06/24		3N13R	Rhinoscopie antérieure avec optique, exploration com.	1	13,00	€
08	1	90XXXXXX	28/06/24		3N30R	Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anest.	1	13,00	€
09	1	90XXXXXX	28/06/24		3L11	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	1	51,40	€
10	1	90XXXXXX	29/06/24		3L43	Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de..	1	243,40	€
							Sous Total :	960,40	€

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Dr NOM Prénom Service ORL Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 2/2
	<réserveé CNS>	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024062905 du : 29/06/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€		
11	1	60	90XXXXXX	29/06/24		3L54R	Traitement individuel de 41 à 60 minutes	1	78,00	€
12	1	60	90XXXXXX	29/06/24		3L51R	Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien	1	91,30	€
13										€
14										€
15										€
16										€
17										€
18										€
19										€
20										€

Pour acquit, le : 29/06/2024

Signature du prestataire

Sous Total :	169,30	€
Report :	960,40	€
Total :	1129,70	€
Part caisse de maladie :	1129,70	€
Part patient payée :	0,00	€
A PAYER :	0,00	€

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 1/2
	<réserveé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€	
01	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN14	Orthopantomographie	1	38,80 €
02	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN14X	Location d'appareil	1	51,20 €
03	1	01	90XXXXXX	16/07/24		DN25M	Film 12/30 à 15/34	1	8,00 €
04	1	01	90XXXXXX	23/07/24		DC1	Consultation	1	42,40 €
05	1	01	90XXXXXX	23/07/24	15	DS13	Traitement de la gangrène pulpaire	1	30,00 €
06	1	01	90XXXXXX	23/07/24	15	CP8	Convenance personnelle 8	1	28,00 €
07	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS20	Anesthésie locale	1	14,60 €
08	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS9	Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	1	40,90 €
09	1	01	90XXXXXX	30/07/24	21	DS19	Reconstitution d'un angle en résine	1	70,10 €
10	1	01	90XXXXXX	30/07/24	24	DS20	Anesthésie locale	1	14,60 €
							Sous Total :		338,60 €

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire facturier : 90XXXXXX	Page 2/2
	<réserveé CNS>	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2024073005 du : 30/07/2024

S	L	Exécutant	Date(du-au)-Dent-Heure	Code Acte	Libellé / Objet	Nbr	Montant	€
11	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24	DS9	Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	1	40,90	€
12	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24DO	DS15	Obturation portant sur deux faces d'une dent	1	62,30	€
13	1	01	90XXXXXX 30/07/24 25O	DS14	Obturation, une face	1	49,50	€
14	1	01	90XXXXXX 30/07/24 24	CP8	Convenance personnelle 8	1	49,00	€
15	1	01	90XXXXXX 30/07/24 25	DS20	Anesthésie locale	1	14,60	€
16	1	01	90XXXXXX 30/07/24 13	DS13	Traitement de la gangrène pulpaire	1	30,00	€
17	1	01	90XXXXXX 30/07/24 13	DN11	Radiographie dentaire, première radiographie	1	36,50	€
18								€
19								€
20								€

Pour acquit, le : 30/07/2024

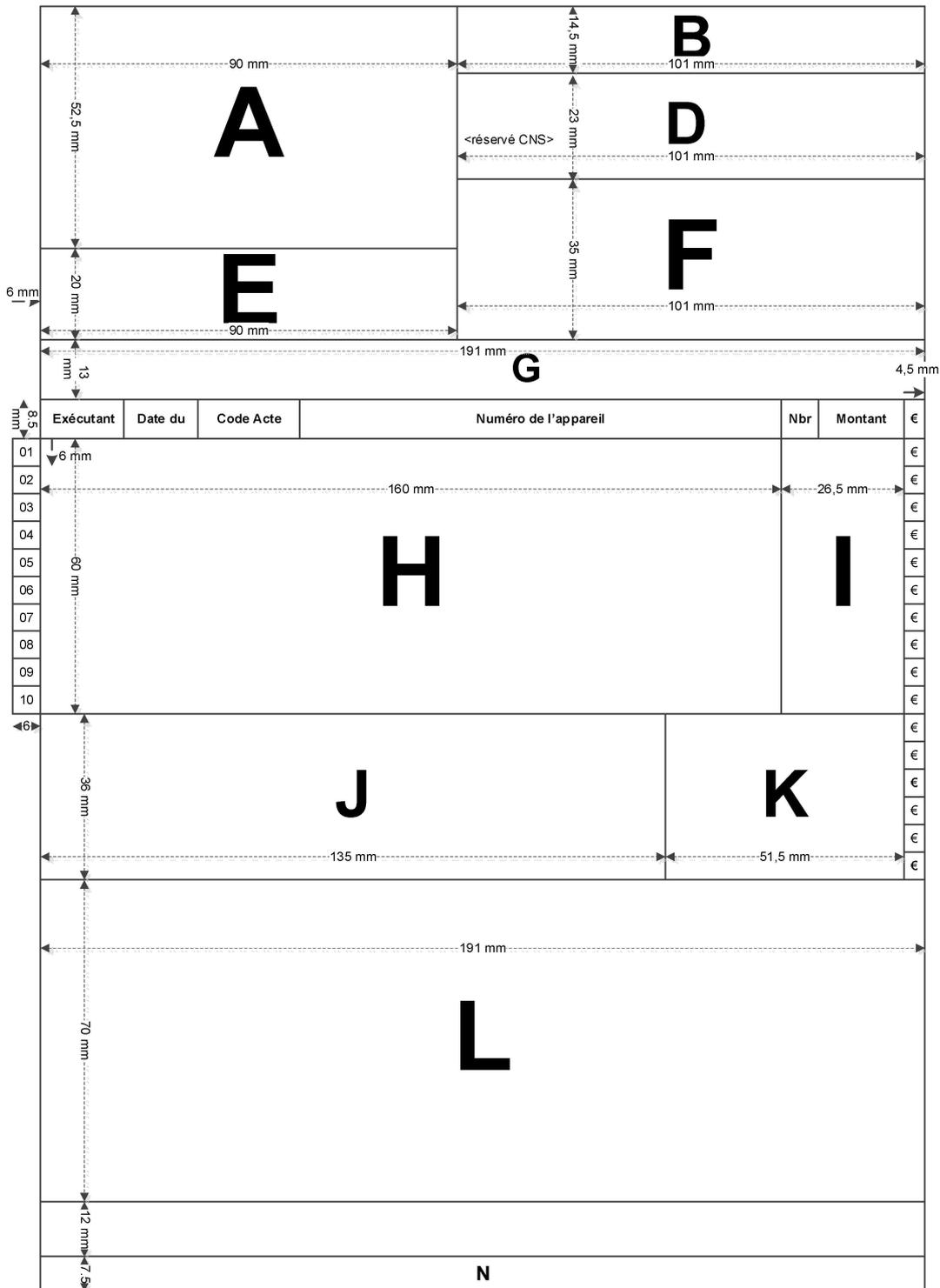
Signature du prestataire

Sous Total :	282,80 €
Report :	338,60 €
Total :	621,40 €
Part caisse de maladie :	479,07 €
Part patient payée :	142,33 €
A PAYER :	0,00 €

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!!

Méd. prescripteur :	Date ordonnance :	N° d'ordonnance :	N° du titre :
Justification médicale :			
<small>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/.</small>			

Art. 28. Dans le cadre de la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, les zones C et M, sont supprimées et les zones H, J, K et L sont modifiées comme suit :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
H	191,0*8,5	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone H/I	
	18,0*6,0	Arial 8	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*	Date de la prestation : JJ/MM/AA
	22,0*6,0		Code Acte*	10 positions
	104,0*6,0		Numéro de l'appareil*	15 positions, code attribué par la CNS.
J	135,0*36,0	Arial 10	Signature* et cachet du prestataire	Signature du prestataire ou de son délégué autorisé. Pour les formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale : - Signature électronique obligatoire. - Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques. Pour les versions papier des formules standardisées de mémoires d'honoraires : - Signature uniquement en cas d'acquittement du mémoire d'honoraires. Cette signature doit être accompagnée du cachet du prestataire.
K	33,0	Arial 8 justifié gauche	Largeur Intitulés zone K	Libellé de chaque ligne.
	18,5*6,0			Cette case reste vide.
	18,5*6,0			Cette case reste vide.
	18,5*6,0	Arial 8 Bold justifié droite	Total*	

	18,5*6,0	Arial 8 justifié droite		Cette case reste vide.
	18,5*6,0	Arial 8 justifié droite		Cette case reste vide.
	18,5*6,0	Arial 8 Bold justifié droite	A PAYER*	En capitales.
	4,5*6,0	Arial 8 Centré	Largeur zone Devise	
L	191,0*70,0	Arial	Disclaimer*	« !!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. Le médecin adresse directement la demande de prise en charge à la caisse compétente. !!! »

Art. 29. Un exemple de mémoire d'honoraires dans le cadre de la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire facturier : <Code prestataire fact.-m>
	<réservé CNS> 
	Assuré : <NOM-D> <Prénom-d> <Adresse-d 1> <Adresse-d 2> <Adresse-d 3> <Pays-d>-<Code-d> <Ville-d>
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : <Num-mem-> du : <Date-m>

	Exécutant	Date du	Code Acte	Numéro de l'appareil	Nbr	Montant	€
01	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
02	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
03	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
04	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
05	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
06	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
07	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
08	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
09	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€
10	XXXXXXXX	XX/XX/XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XXXXX,XX	€

Signature du prestataire

	€
	€
Total :	XXXXX,XX €
	€
	€
A PAYER :	XXXXX,XX €

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. Le médecin adresse directement la demande de prise en charge à la caisse compétente. !!!

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/>.

Dr NOM Prénom Gynécologue N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@gyneco.com	Code médecin facturier : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
N° d'identification : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : 2026090305 du : 09/03/2026

Exécutant	Date du	Code Acte	Numéro de l'appareil	Nbr	Montant	€	
01	90XXXXXX	09/06/26	NCJ11	123456789012345	1	45,00	€
02							€
03							€
04							€
05							€
06							€
07							€
08							€
09							€
10							€

Signature du prestataire

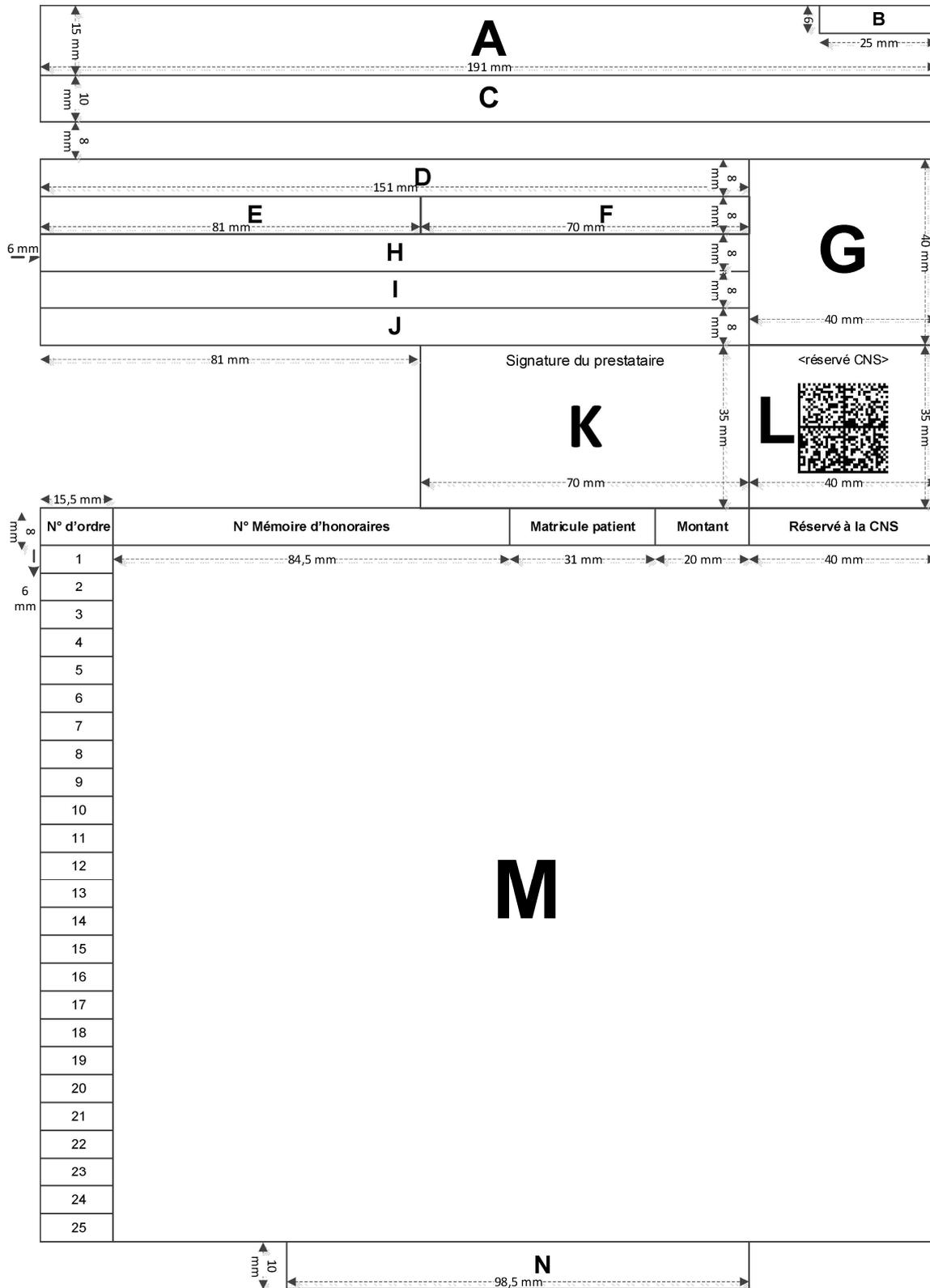
		€
		€
Total :	45,00	€
		€
		€
A PAYER :	45,00	€

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. Le médecin adresse directement la demande de prise en charge à la caisse compétente. !!!

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/>.

Section 2 : Relevé tiers payant / Relevé action directe / Relevé forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 30. La mise en page du relevé accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant, des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil ou de l'action directe, conformément à l'article 61, paragraphe 1^{er} et à l'article 67, dernier alinéa de la convention, doit correspondre aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	191,0*15,0	Arial 14 Bold Centré	Relevé des mémoires d'honoraires*	Titre
B	25,0*6,0	Arial 9 aligné droite	N° de page	Obligatoire si le relevé fait plusieurs pages.
C	191,0*10,0	Arial 12 Centré	Type du relevé*	1 - « Tiers payant » (Convention, art. 60 à l'exception du point i), sous 1) à l'alinéa 1 ^{er}) 2 - « Action directe » (Convention, art. 67) 3 - « Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » (Convention, art. 60, alinéa 1 ^{er} , sous 1) point i))
D	40,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Médecin ou Médecin- dentiste*	NOM et prénom du prestataire.
	111,0*8,0			
E	40,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
	41,0*8,0			
F	70,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	N° du relevé*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
G	40,0*40,0		Zone réservée à la CNS*	Contient le n° du relevé attribué par la CNS et la date d'entrée à la CNS.
H	81,0*8,0		Nombre de mémoires d'honoraires présentés*	Indication du nombre total de mémoires d'honoraires présentés.
	70,0*8,0			
I	81,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Montant total des mémoires d'honoraires*	Indication du montant total des mémoires d'honoraires.
	70,0*8,0			
J	81,0*8,0		Date*	Date de signature du relevé. Date : JJ/MM/AAAA
	70,0*8,0			
K	70,0*35,0	Arial 9 Centré aligné haut	Signature* et cachet du prestataire	Signature du prestataire ou de son délégué autorisé. La signature doit être accompagnée du cachet du prestataire sur les versions papier du relevé. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques.
L	40,0*40,0	Arial 9 Bold aligné gauche	Zone réservée à la CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 13 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées de la formule

				standardisée du relevé transmise au système d'information de la sécurité sociale.
M	186,5*8,0	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone M	
	15,5*6,0	Arial Centré	8 Numéro d'ordre*	Un numéro d'ordre par mémoire d'honoraires présenté. Le numéro d'ordre figure uniquement sur le relevé et n'est pas reporté sur les mémoires d'honoraires respectifs.
	84,5*6,0		N° Mémoire d'honoraires*	10 positions alphanumériques et correspondant au numéro du mémoire d'honoraires.
	31,0*6,0	Arial aligné gauche	8 Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 9, alinéa 8 de la convention, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
	24,5*6,0	Arial aligné droite	8 Montant*	Montant brut total d'un mémoire d'honoraires. En « EUR ».
	31,1*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. 31. Un exemple du relevé sur une page est repris ci-après :

Relevé des mémoires d'honoraires

Type du relevé

Médecin	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : XXXXXXXXXXX	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	XXXXX		
Montant total des mémoires d'honoraires	XXX.XXX,XX €		Date d'entrée à la CNS
Certifié sincère, véritable mais non encore acquitté, le	XX/XX/20XX		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
2	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
3	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
4	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
5	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
6	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
7	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
8	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
10	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
11	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
12	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
13	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
14	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
15	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
16	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
17	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
18	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
19	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
20	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
21	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
22	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
23	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
24	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
25	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	

MONTANT TOTAL DES MÉMOIRES D'HONORAIRES : XXX.XXX,XX

Relevé des mémoires d'honoraires

Tiers payant

Médecin	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : 2024010001	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	11		Date d'entrée à la CNS
Montant total des mémoires d'honoraires	1.624,20 €		
Certifie sincère, véritable mais non encore acquitté, le	15/01/2024		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	2024142273	197105XXXXXX	369,60	
2	2024141363	201010XXXXXX	19,40	
3	2024129771	196402XXXXXX	151,10	
4	2024129957	196201XXXXXX	263,40	
5	2024138358	198211XXXXXX	117,80	
6	2024131465	201509XXXXXX	58,20	
7	2024135205	201509XXXXXX	78,30	
8	2024131184	194812XXXXXX	475,80	
9	2024134983	197601XXXXXX	19,40	
10	2024134044	200707XXXXXX	19,40	
11	2024139151	197202XXXXXX	51,80	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

MONTANT TOTAL DES MÉMOIRES D'HONORAIRES :	1.624.20
--	-----------------

Relevé des mémoires d'honoraires

Tiers payant

Médecin-dentiste	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : 2024010001	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	11		
Montant total des mémoires d'honoraires	1.624,20 €		Date d'entrée à la CNS
Certifie sincère, véritable mais non encore acquitté, le	15/01/2024		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	2024142273	197105XXXXXX	369,60	
2	2024141363	201010XXXXXX	19,40	
3	2024129771	196402XXXXXX	151,10	
4	2024129957	196201XXXXXX	263,40	
5	2024138358	198211XXXXXX	117,80	
6	2024131465	201509XXXXXX	58,20	
7	2024135205	201509XXXXXX	78,30	
8	2024131184	194812XXXXXX	475,80	
9	2024134983	197601XXXXXX	19,40	
10	2024134044	200707XXXXXX	19,40	
11	2024139151	197202XXXXXX	51,80	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

MONTANT TOTAL DES MÉMOIRES D'HONORAIRES :	1.624.20
--	-----------------

Art. 32. Dans les cas où le prestataire établit un relevé sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La première page est définie à Art. 300, 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 (zone B : exemple « Page 1/3 ») ;
- 4) Ajout du numéro du relevé sur toutes les pages à l'exception de la première page, zone O.
- 5) Le code datamatrix 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 fait plusieurs pages.
	20,0*10,0			

Art. 33. Un exemple du relevé sur plusieurs pages est repris ci-après :

Page 1/3
Relevé des mémoires d'honoraires
Type du relevé

Médecin	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : XXXXXXXXXX	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	XXXXX		
Montant total des mémoires d'honoraires	XXX.XXX,XX €		Date d'entrée à la CNS
Certifié sincère, véritable mais non encore acquitté, le	XX/XX/20XX		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
2	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
3	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
4	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
5	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
6	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
7	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
8	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
10	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
11	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
12	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
13	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
14	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
15	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
16	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
17	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
18	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
19	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
20	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
21	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
22	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
23	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
24	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
25	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
Sous-total :			XXX.XXX,XX	

N° du relevé : XXXXXXXXXXXX				Page 2/3
N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
26	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
27	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
28	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
29	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
30	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
31	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
32	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
33	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
34	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
35	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
36	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
37	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
38	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
39	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
40	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
41	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
42	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
43	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
44	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
45	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
46	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
47	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
48	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
49	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
50	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
51	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
52	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
53	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
54	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
55	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
56	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
57	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
58	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
59	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
60	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
61	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
62	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
63	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
64	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
65	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
Sous-total :			XXX.XXX,XX	

N° du relevé : XXXXXXXXXXXX				Page 3/3
N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
66	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
67	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
68	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
69	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
70	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
71	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
72	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
73	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
74	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
75	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
76	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
77	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
78	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
79	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
80	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
81	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
82	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
83	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
84	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
85	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
86	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
87	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
88	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
89	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
90	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
91	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
92	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
93	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
94	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
95	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
96	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
97	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
98	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
99	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
100	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
101	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
102	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
103	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
104	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
105	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX.XXX,XX	
Sous-total :			XXX.XXX,XX	

Page 1/2
Relevé des mémoires d'honoraires
Tiers payant

Médecin	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : 2024010001	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	24		
Montant total des mémoires d'honoraires	3.764,90 €		Date d'entrée à la CNS
Certifie sincère, véritable mais non encore acquitté, le	15/01/2024		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	2024142273	197105XXXXXX	369,60	
2	2024141363	201010XXXXXX	19,40	
3	2024129771	196402XXXXXX	151,10	
4	2024129957	196201XXXXXX	263,40	
5	2024138358	198211XXXXXX	117,80	
6	2024131465	201509XXXXXX	58,20	
7	2024135205	201509XXXXXX	78,30	
8	2024131184	194812XXXXXX	475,80	
9	2024134983	197601XXXXXX	19,40	
10	2024134044	200707XXXXXX	19,40	
11	2024139151	197202XXXXXX	51,80	
12	2024135646	197202XXXXXX	19,40	
13	2024127831	196302XXXXXX	131,70	
14	2024136964	196302XXXXXX	295,80	
15	2024131664	196604XXXXXX	131,70	
16	2024127948	197412XXXXXX	19,40	
17	2024137829	198101XXXXXX	175,50	
18	2024125396	198101XXXXXX	48,50	
19	2024112543	205510XXXXXX	237,90	
20	2024140496	199909XXXXXX	106,20	
21	2024140943	197202XXXXXX	117,80	
22	2024127531	196302XXXXXX	58,20	
23	2024097852	196302XXXXXX	78,30	
24	2024094562	198211XXXXXX	48,50	
25	2024134563	201509XXXXXX	237,90	
Sous-total :			3.331,00	

N° du relevé : 2024010001				Page 2/2
N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
26	2024129671	198709XXXXXX	131,70	
27	2024128543	199801XXXXXX	263,40	
28	2024129088	197701XXXXXX	19,40	
29	2024129287	197202XXXXXX	19,40	
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
Sous-total :			433,90	

Page 1/2
Relevé des mémoires d'honoraires
Tiers payant

Médecin-dentiste	NOM Prénom		Réservé à la CNS N° du relevé
Code prestataire facturier	90XXXXXX	N° du relevé : 2024010001	
Nombre de mémoires d'honoraires présentés	24		
Montant total des mémoires d'honoraires	3.764,90 €		Date d'entrée à la CNS
Certifie sincère, véritable mais non encore acquitté, le	15/01/2024		
		Signature du prestataire	<réservé CNS> 

N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
1	2024142273	197105XXXXXX	369,60	
2	2024141363	201010XXXXXX	19,40	
3	2024129771	196402XXXXXX	151,10	
4	2024129957	196201XXXXXX	263,40	
5	2024138358	198211XXXXXX	117,80	
6	2024131465	201509XXXXXX	58,20	
7	2024135205	201509XXXXXX	78,30	
8	2024131184	194812XXXXXX	475,80	
9	2024134983	197601XXXXXX	19,40	
10	2024134044	200707XXXXXX	19,40	
11	2024139151	197202XXXXXX	51,80	
12	2024135646	197202XXXXXX	19,40	
13	2024127831	196302XXXXXX	131,70	
14	2024136964	196302XXXXXX	295,80	
15	2024131664	196604XXXXXX	131,70	
16	2024127948	197412XXXXXX	19,40	
17	2024137829	198101XXXXXX	175,50	
18	2024125396	198101XXXXXX	48,50	
19	2024112543	205510XXXXXX	237,90	
20	2024140496	199909XXXXXX	106,20	
21	2024140943	197202XXXXXX	117,80	
22	2024127531	196302XXXXXX	58,20	
23	2024097852	196302XXXXXX	78,30	
24	2024094562	198211XXXXXX	48,50	
25	2024134563	201509XXXXXX	237,90	
Sous-total :			3.331,00	

N° du relevé : 2024010001				Page 2/2
N° d'ordre	N° Mémoire d'honoraires	Matricule	Montant	Réservé à la CNS
26	2024129671	198709XXXXXX	131,70	
27	2024128543	199801XXXXXX	263,40	
28	2024129088	197701XXXXXX	19,40	
29	2024129287	197202XXXXXX	19,40	
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
Sous-total :			433,90	

Art. 34. Conformément à l'article 61, paragraphe 1^{er} de la convention, et en cas de transmission numérique de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, la CNS transmet par voie numérique une confirmation d'exploitabilité du relevé 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 63 de la convention.

Section 3: Tiers payant social

Art. 35. Les mémoires d'honoraires émis par le prestataire dans le cadre du tiers payant social sont munis de l'étiquette attestant le bénéfice de la prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires selon l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, dont le spécimen figure ci-après :

	Désignation de l'Office Social émetteur Numéro d'identification
Prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires (Art 24 al.2 CSS)	
Personne bénéficiaire :	
matricule	
Nom et prénom du bénéficiaire	
Période de validité : du au	

Art. 36. Lorsque le médecin-dentiste émet un devis pour un traitement médico-dentaire à un bénéficiaire du tiers payant social, il appose sur le devis une étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social.

L'institution compétente, après avoir avisé un devis muni d'une étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, le transmet à la personne protégée et transmet une copie à l'office social et au médecin-dentiste.

Le traitement en question ne peut être effectué par le médecin-dentiste dans le cadre de la procédure du tiers payant social que sur présentation par la personne protégée de l'original du devis muni, le cas échéant, de l'accord de l'institution compétente et de la validation de l'office social.

Art. 37. L'attestation de prise en charge dans le cadre du tiers payant social correspond au modèle ci-après :

**Attestation de prise en charge
dans le cadre du tiers payant social**

Office sociale compétent:

Désignation OS _____

Adresse OS _____

Adresse OS _____

Localité OS _____

Par la présente, le/la soussigné(e) atteste l'état de besoin, constaté à partir du

_____ au _____
(Date début) (Date fin)

du bénéficiaire

_____ (Nom et prénom du bénéficiaire) _____ (Matricule)

Cette attestation est établie en vue de l'obtention de la prise en charge dans le cadre du tiers payant social des prestations de soins de santé par la Caisse nationale de santé suivant les dispositions légales et conventionnelles en vigueur. Elle est établie nominativement.

L'attestation est à présenter au prestataire lors de chaque sollicitation d'actes et de services médicaux et médico-dentaires en application des dispositions de l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. À cette occasion, le bénéficiaire remet une étiquette que le prestataire appose sur son mémoire d'honoraires ou devis en vérifiant la conformité avec l'attestation.

Date d'établissement de l'attestation: _____

(Cachet de l'office sociale et signature)

Art. 38. Conformément aux articles 61, paragraphe 2 et 67bis de la convention, les mémoires d'honoraires émis par le prestataire dans le cadre du tiers payant social conformément à Art. 35 sont transmis, sans relevé, au service « Prestations des médecins », respectivement au service « Prestations des médecins-dentistes » de la CNS.

Chapitre II: Ordonnances médicales

Section 1 : Généralités relatives aux ordonnances médicales

Art. 39. 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.

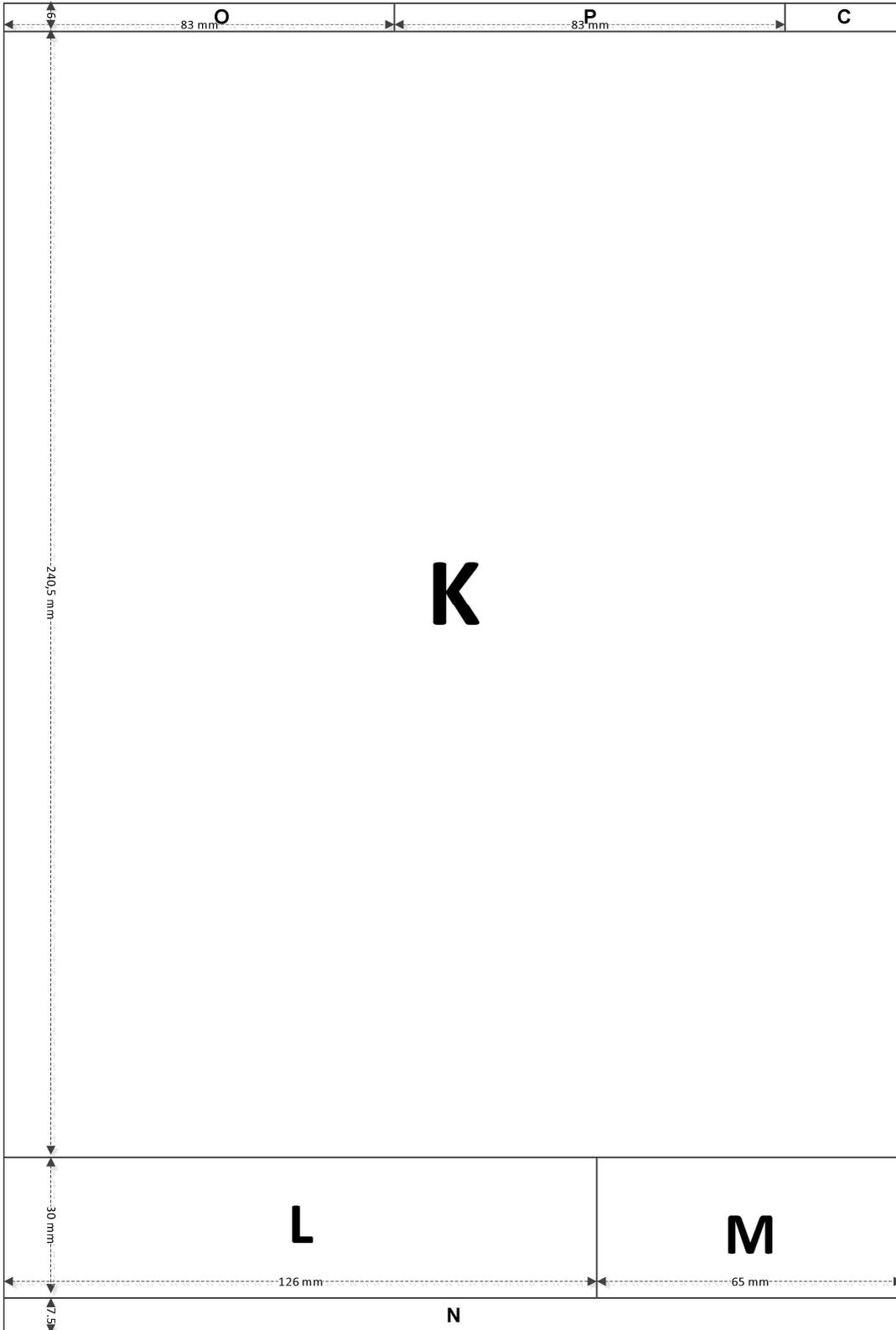
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire prescripteur*	Le code prestataire du prestataire prescripteur (8 positions, code attribué par la CNS). Il ne peut pas s'agir d'un code prestataire commun.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 14 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées d'ordonnances médicales transmises au système d'information de la sécurité sociale.
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 Art. 422 - Art. 922.
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 articles 27, alinéa 5 et 31, alinéa 2 de la convention.
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 prestataire pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles Art. 422 - Art. 922. 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 du cachet prestataire	L'ordonnance médicale doit être signée par le prestataire prescripteur au moment de l'établissement. La signature doit être accompagnée du cachet du prestataire prescripteur sur les versions papier des ordonnances médicales. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques.

				Une procuration ou une délégation de signature à une tierce personne sont interdites, de même qu'une signature préalable des ordonnances médicales « en blanc ».
--	--	--	--	--

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

Art. 40. La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages, telles que prévues aux articles Art. 44, Art. 62, Art. 77 et Art. 81, 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	<p>Cette zone est réservée au prestataire pour l'inscription des prescriptions.</p> <p>Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles Art. 42 - Art. 922.</p> <p>Chaque prescription distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique.</p> <p>Cette zone comporte les précisions nécessaires à une prescription valable d'actes, services ou fournitures.</p>
O	83,0*6,0	Arial 9	N° d'ordonnance*	<p>Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages.</p> <p>10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.</p>
P	83,0*6,0	Arial 9	Matricule patient*	<p>Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages.</p> <p>13 positions ;</p> <p>Sauf dans les cas prévus à l'article 9, alinéa 8 de la convention, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient.</p> <p>Date : JJ/MM/AAAA</p>

Art. 41. Un exemple de la mise en page d'une ordonnance médicale sur une page sans précision quant aux zones G et K est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>		Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m>	
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>		<réservé CNS> 	
		Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>	
Titre			
Date d'établissement : XX/XX/20XX		Date d'expiration : XX/XX/20XX	
		N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXX	
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
	<réservé CNS>	
	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		
Ordonnance médicale		
Date d'établissement : 29/07/2024	Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070001
Remarque(s) :	Signature du prestataire	
<small>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/.</small>		

Section 2: Types d'ordonnances médicales

Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique

Art. 42. 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, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique ». 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	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	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.

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

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

Art. 43. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » sur une page est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique			
Date d'établissement : 23/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001
01	Acte : BG003	Libellé : Hémogramme complet	
Nombre :	Fréquence : 1	<i>semaine</i>	Durée : 2
Justification médicale :			
02	Acte : BC042	Libellé : CRP - Protéine C réactive, dosage	
Nombre :	Fréquence : 1	<i>semaine</i>	Durée : 2
Justification médicale :			
Remarque(s) :			Signature du prestataire
<small>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/.</small>			

Art. 44. Dans les cas où le prestataire 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 Art. 40 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/3 ») ;
- 3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page.

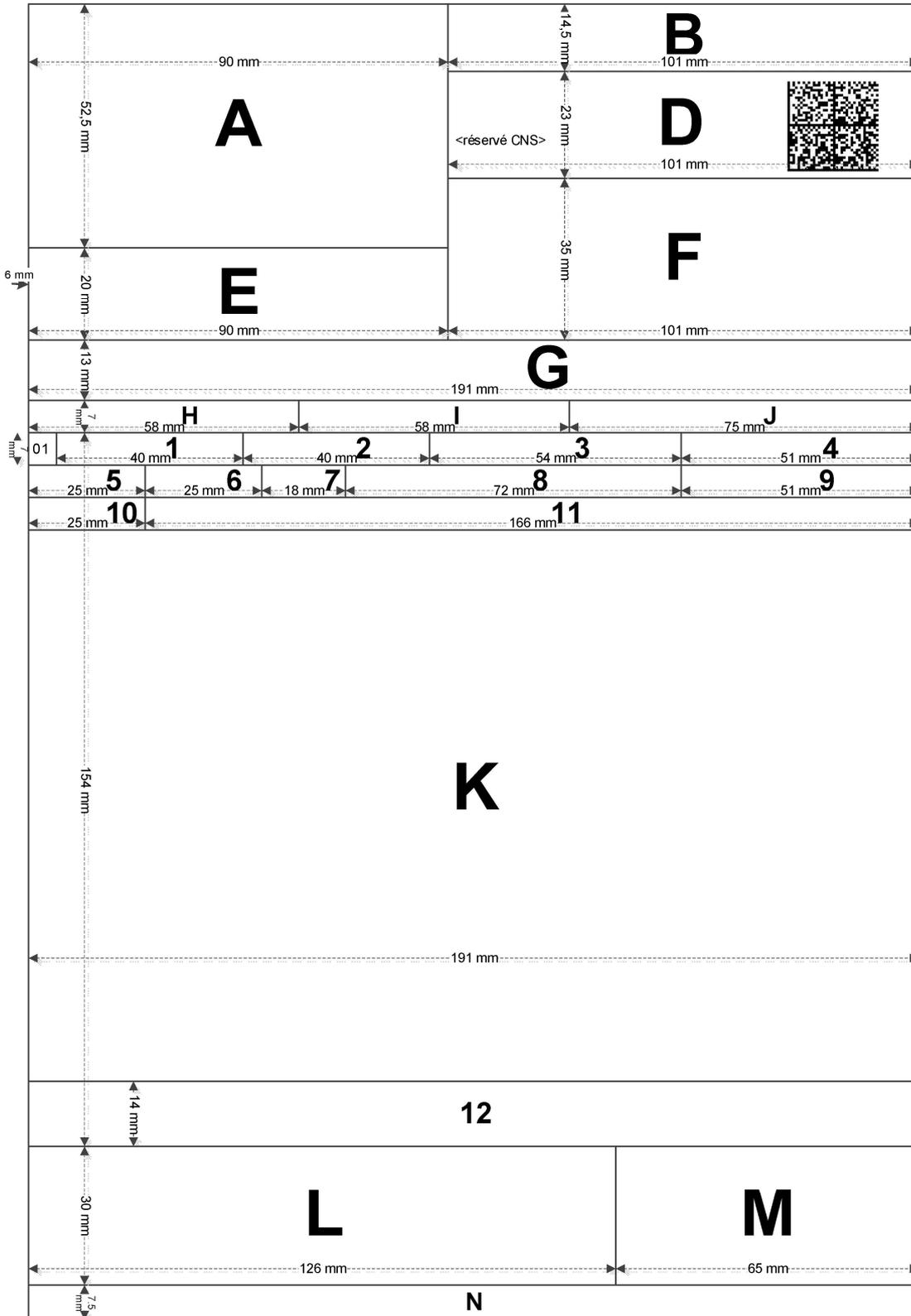
Art. 45. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » sur plusieurs pages est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	Page 1/2
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique			
Date d'établissement : 23/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001
01	Acte : BG003	Libellé : Hémogramme complet	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
02	Acte : BC042	Libellé : CRP - Protéine C réactive, dosage	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
03	Acte : BC101	Libellé : Créatinine	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
04	Acte : BC102	Libellé : Urée	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
05	Acte : BC125	Libellé : Bloc Na - Sodium / K- -Potassium / Cl - Chlore	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
06	Acte : BC006	Libellé : HbA1c, hémoglobine glyquée	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
07	Acte : BD001	Libellé : TSH, Thyroestimuline	
Nombre : 1		Fréquence :	Durée :
Justification médicale :			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

N° d'ordonnance : 2024040001		Matricule : 1966053061567		Page 2/2	
08	Acte : BC174	Libellé : Lipase			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
09	Acte : BC013	Libellé : Cholestérol total			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
10	Acte : BC012	Libellé : Triglycérides			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
11	Acte : BG022	Libellé : Phosphatase alcaline leucocytaire (PAL)			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
12	Acte : BC133	Libellé : Ferritine			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
13	Acte : BH810	Libellé : Hépatite A virus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
14	Acte : BH811	Libellé : Hépatite B virus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql ou qn			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
15	Acte : BH812	Libellé : Hépatite C virus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, qn			
Nombre : 1		Fréquence :		Durée :	
Justification médicale :					
Remarque(s) :				Signature du prestataire	
<p><small>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/.</small></p>					

Ordonnance médicale : Kinésithérapie

Art. 46. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Kinésithérapie ». La zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	40,0*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	54,0*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	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	Indication du type : 1 - Oui 2 - Non
5	25,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre de séances prescrites.
6	25,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre par semaine. Obligatoire en cas de ZK12, pathologie lourde et rééducation post-chirurgicale.
7	18,0*7,0	Arial 9	Intervalle	Correspond toujours à semaine.
8	72,0*7,0	Arial 9	Code Partie 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)
9	51,0*7,0	Arial 9	Fiche de synthèse	Demande en vue d'une fiche de synthèse. Indication du type : 1 - Oui 2 - Non
10	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 11 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie, sauf en cas de pathologie lourde.
11	166,0*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 10 « Code de l'acte prescrit » non remplie, sauf en cas de pathologie lourde.
12	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.

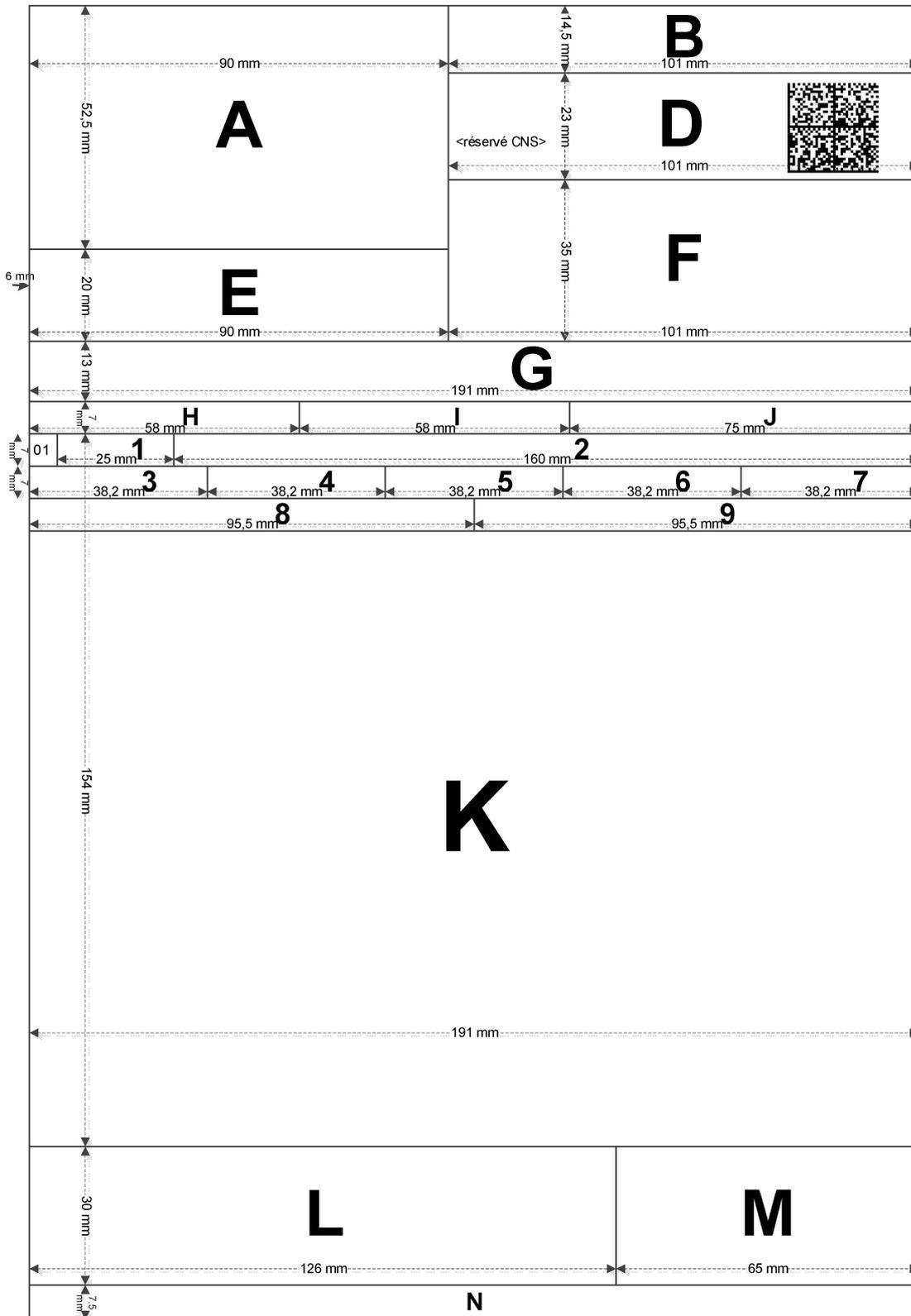
L'« Ordonnance médicale : Kinésithérapie » est limitée à une (1) page.

Art. 47. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Kinésithérapie » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Kinésithérapie			
Date d'établissement : 20/06/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024060001
01	Type de traitement : 2	Code pathologie : L12	Date intervention :
Traitements à domicile : Non			
Nombre : 64	Fréquence : 2	<i>semaine</i>	Partie(s) du corps :
Fiche de synthèse : Non			
Acte : ZK14	Libellé : Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre		
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.			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
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/ .			

Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers

Art. 48. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des infirmiers, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers ». 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 Obligatoires 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	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	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.

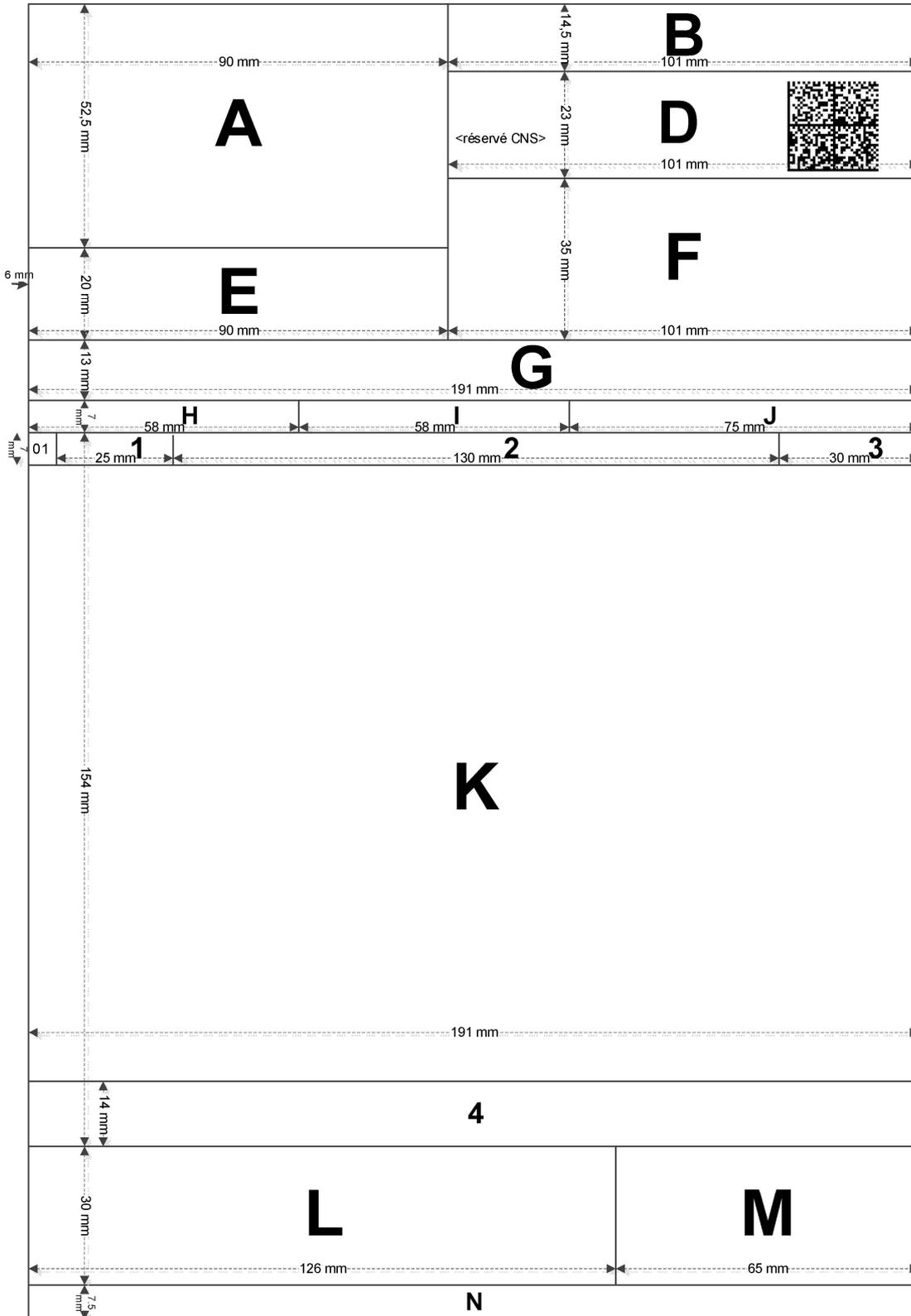
L'« Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers » est limitée à une (1) page.

Art. 49. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers			
Date d'établissement : 29/07/2024		Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070002
01	Acte : N305	Libellé : Pansement pour plaies multiples	
Nombre : 20	Fréquence : 3	semaine	Durée : 6 semaines
Nom du médicament :		Dosage :	
02	Acte : NF01	Libellé : Forfait déplacement	
Nombre : 20	Fréquence : 3	semaine	Durée : 6 semaines
Nom du médicament :		Dosage :	
Remarque(s) :			Signature du prestataire
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Psychothérapie

Art. 50. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychothérapie ». 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.

L'« Ordonnance médicale : Psychothérapie » est limitée à une (1) page.

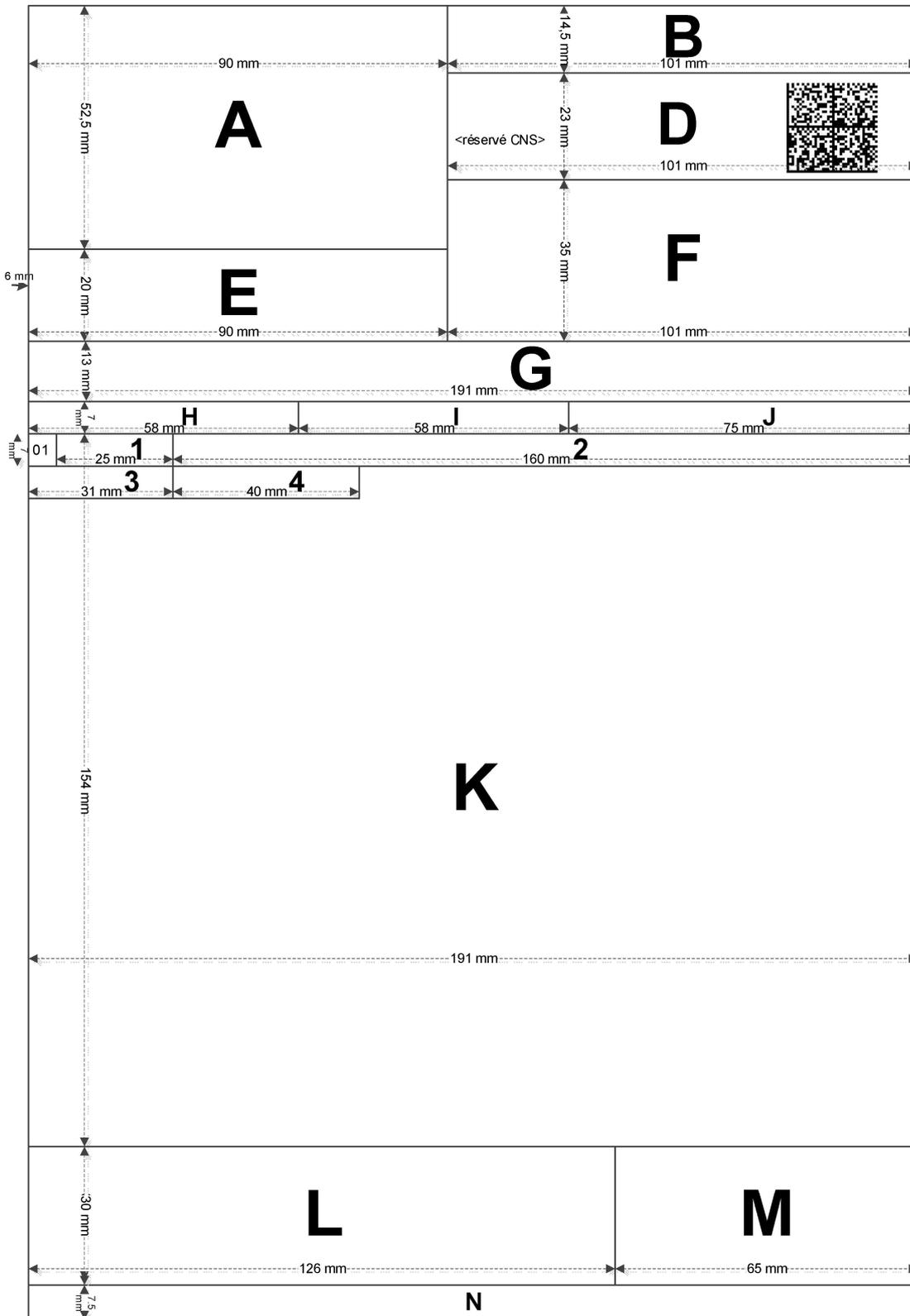
Art. 51. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Psychothérapie » est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>		Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m>	
		<réservé CNS> 	
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>		Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>	
Titre			
Date d'établissement : XX/XX/20XX		Date d'expiration : XX/XX/20XX	N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXXX
01	Acte : XXXXXX	Libellé : XXX	Nombre : XX
<input type="checkbox"/> Le(a) soussigné(e) certifie que le(a) patient(e) nécessite des séances de psychothérapie, qu'il n'a pas constaté de contre-indication médicale et qu'il n'a pas constaté d'origine somatique du trouble mental ou comportemental, respectivement que celle-ci est en cours de traitement.			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Psychothérapie			
Date d'établissement : 29/07/2024		Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070001
01	Acte : SP01	Libellé : Séance de psychothérapie d'initiation	Nombre : 3
02	Acte : SP02	Libellé : Séance de psychothérapie de soutien	Nombre : 24
<input checked="" type="checkbox"/> Le(a) soussigné(e) certifie que le(a) patient(e) nécessite des séances de psychothérapie, qu'il n'a pas constaté de contre-indication médicale et qu'il n'a pas constaté d'origine somatique du trouble mental ou comportemental, respectivement que celle-ci est en cours de traitement.			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Diététique

Art. 52. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des diététiciens, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Diététique ». 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 diététiciens. 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 diététiciens. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	31,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	40,0*7,0	Arial 9	Code pathologie*	Indication du code pathologie (cf. annexe E des statuts de la CNS).

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

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

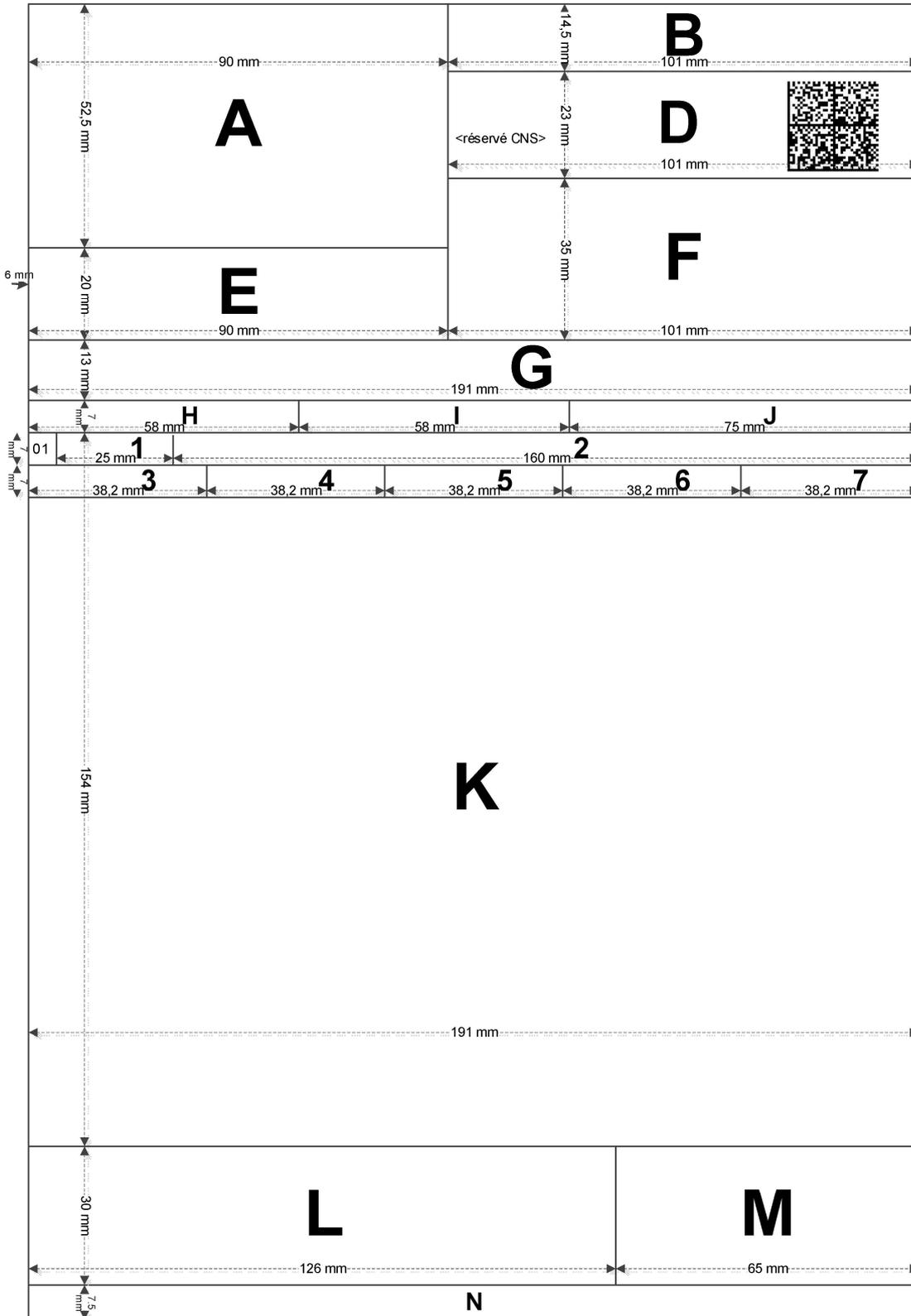
L'« Ordonnance médicale : Diététique » est limitée à une (1) page.

Art. 53. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Diététique » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Diététique			
Date d'établissement : 30/07/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024070001
01	Acte : ZD11	Libellé : Consultation initiale avec anamnèse en vue du diagnostic diététique (durée minimale de 60 minutes)	
Nombre : 1		Code pathologie : D13	
02	Acte : ZD12	Libellé : Consultation de conseil et documentation, comprenant la remise du plan nutritionnel au patient	
Nombre : 1		Code pathologie : D13	
03	Acte : ZD13	Libellé : Consultation de suivi dans le cadre d'un traitement initial (durée minimale de 30 minutes)	
Nombre : 4		Code pathologie : D13	
Remarque(s) :			Signature du prestataire
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Orthophonie

Art. 54. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des orthophonistes, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Orthophonie ». 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	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	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	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois

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

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

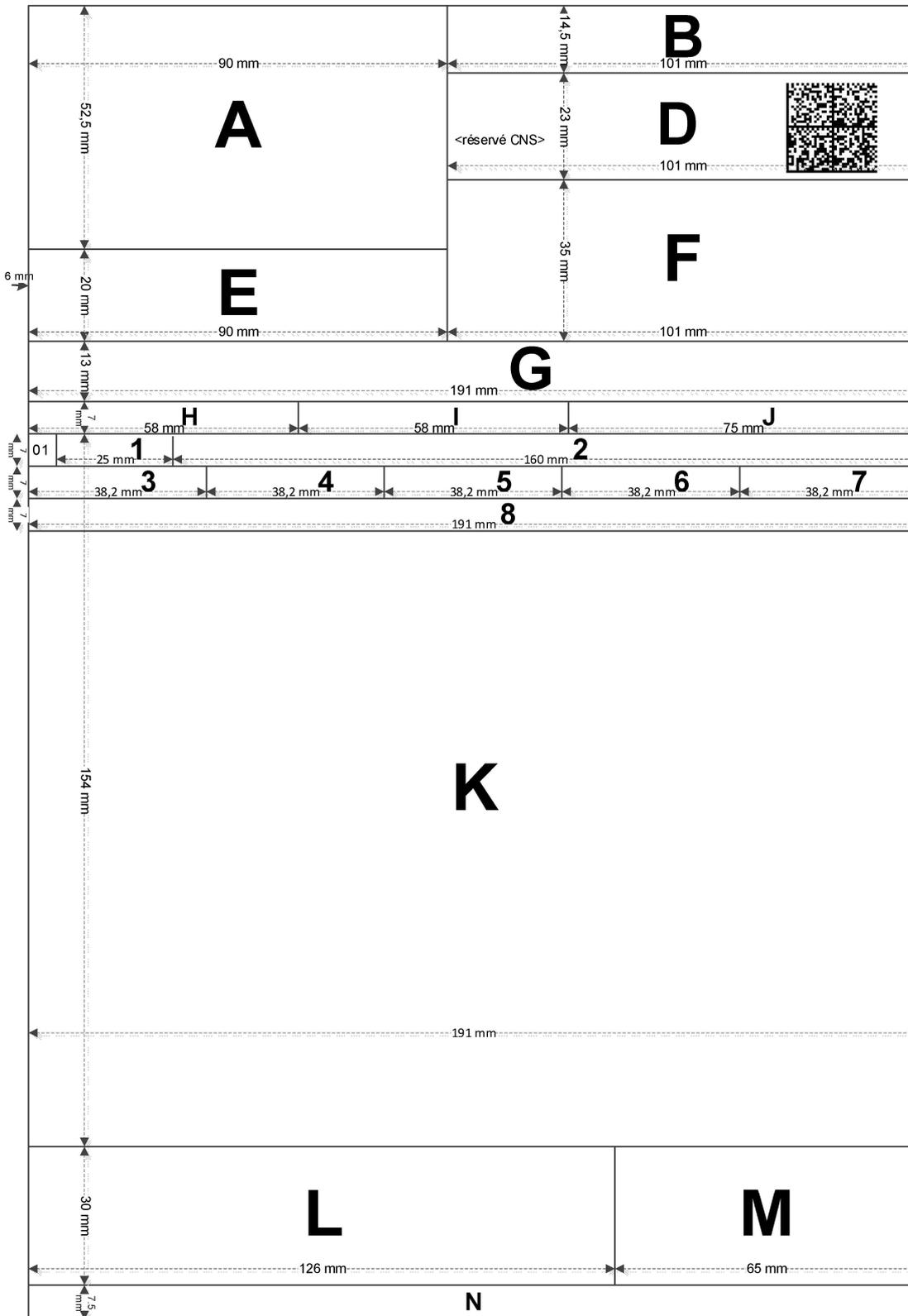
L'« Ordonnance médicale : Orthophonie » est limitée à une (1) page.

Art. 55. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Orthophonie » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Orthophonie			
Date d'établissement : 20/06/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024060001
01	Acte : Q25	Libellé : Rééducation orthophonique de la dysarthrie et/ou de troubles de la déglutition	
Nombre : 20	Fréquence :	Durée :	
02	Acte : QD1	Libellé : Indemnité de déplacement	
Nombre : 20	Fréquence :	Durée :	
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes

Art. 56. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des sages-femmes, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes ». 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 sages-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 sages-femmes. Obligatoire si zone 2 « 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	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	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.

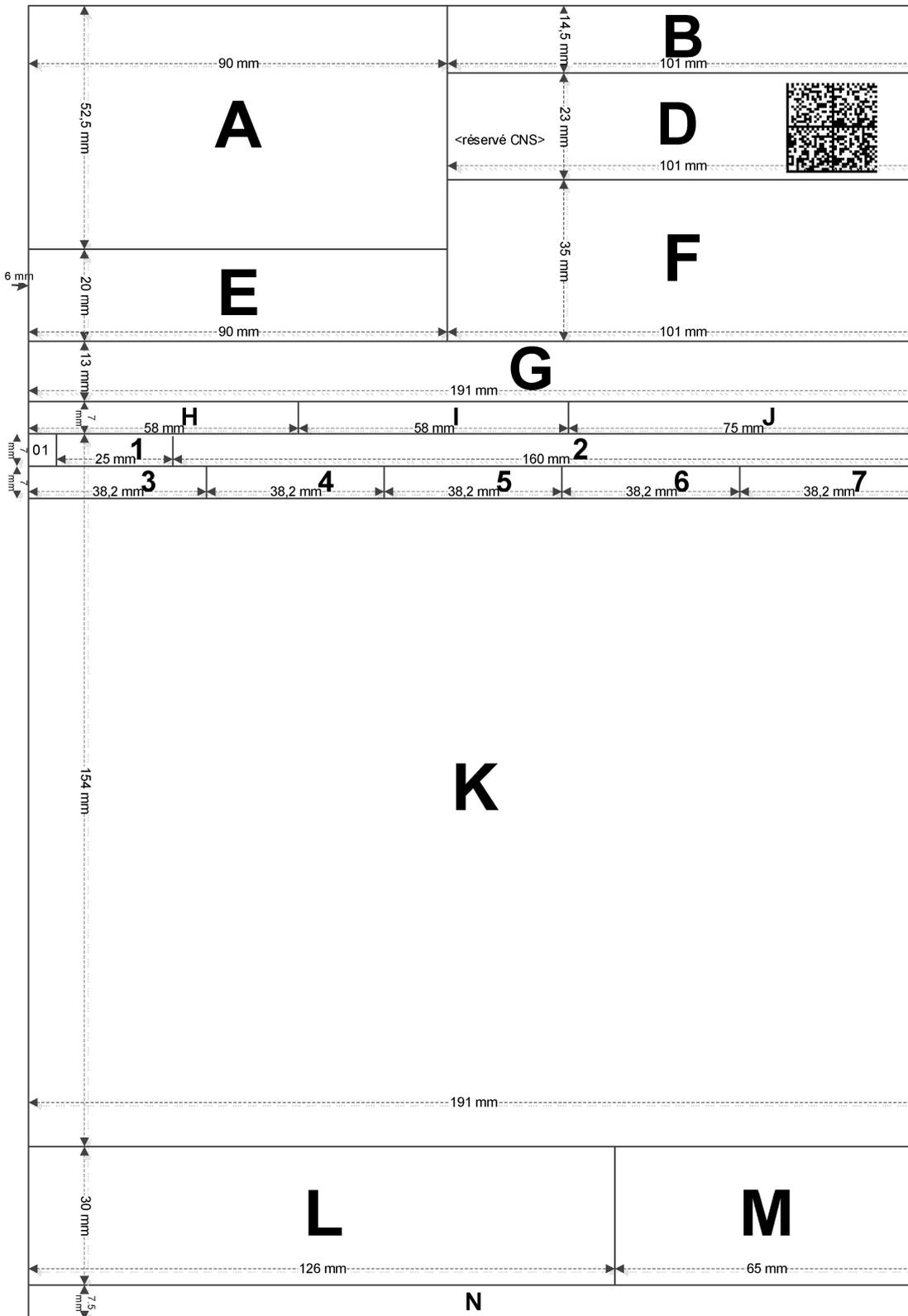
L'« Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes » est limitée à une (1) page.

Art. 57. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes			
Date d'établissement : 30/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001
01	Acte : VSF62	Libellé : Forfait pour soins post-partum complexes à domicile, durée de 21 jours après la naissance	
Nombre : 1	Fréquence :		Durée :
Justification médicale : Primiparité ; Accouchement prématuré ; Sortie prématuré le jour ou le lendemain de l'accouchement			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Psychomotricité

Art. 58. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychomotricité ». 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	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	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois

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

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

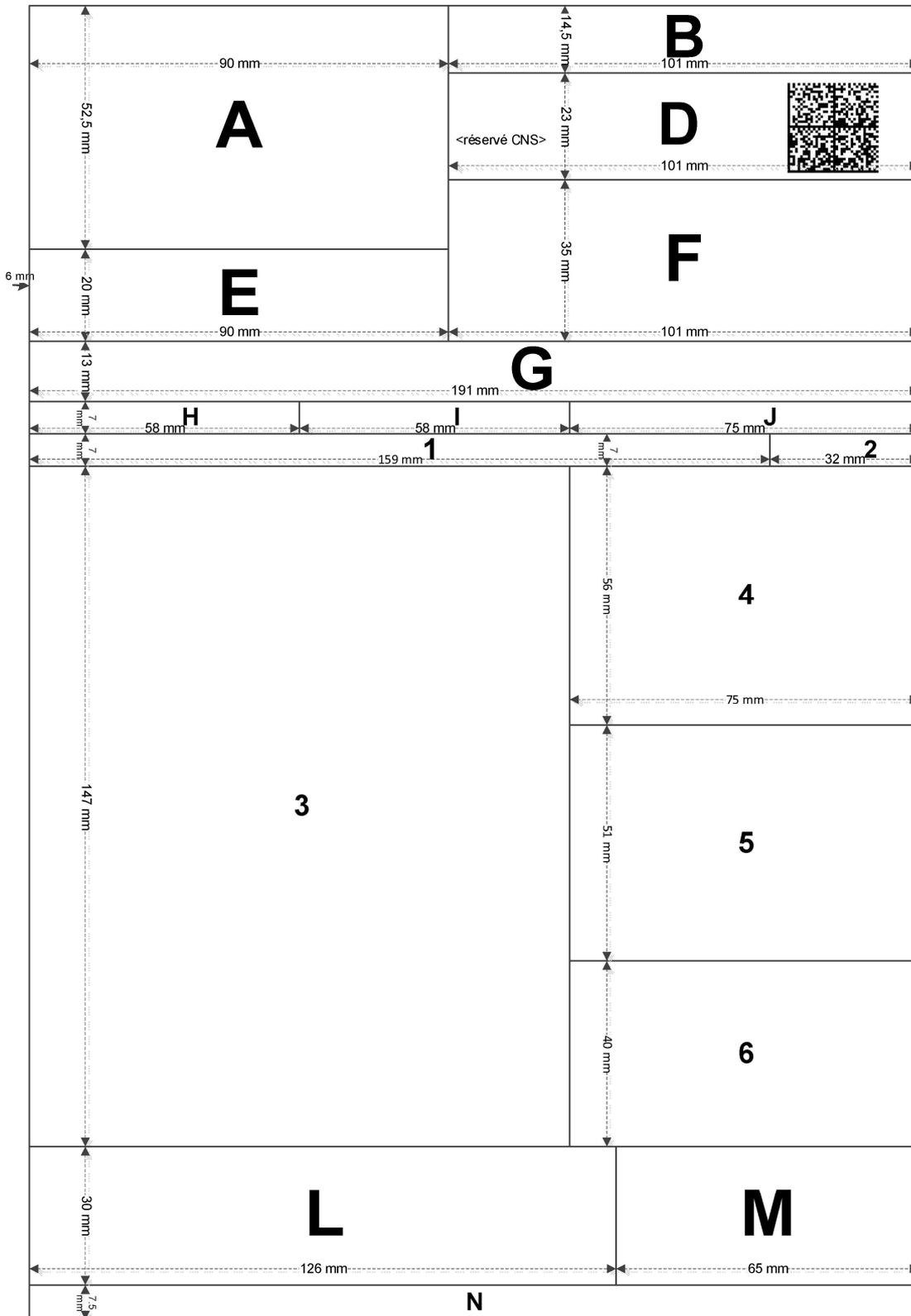
L'« Ordonnance médicale : Psychomotricité » est limitée à une (1) page.

Art. 59. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Psychomotricité » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Psychomotricité			
Date d'établissement : 29/07/2024		Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070001
01	Acte : Y22	Libellé : Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes	
Nombre : 30	Fréquence : 1	<i>semaine</i>	Durée : 30
			<i>semaine(s)</i>
Remarque(s) : - Difficulté d'intégration du schéma corporel avec troubles d'orientation spatiale - Troubles tonico-émotionnels			Signature du prestataire
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux

Art. 60. Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux et en l'absence de toute transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux ». 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 - POUR TROUSSE 4 - PRÉVENTIF
2	32,0*7,0	Arial 9	Heure	Heure : hh:mm
3	147,0*116,0	Arial 9	Texte libre	
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.	Dél. 1 - Dél. 7 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.

Art. 61. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux », en l'absence de toute transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, est repris ci-après :

<p>Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m></p> <p>Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m></p> <p>Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p></p>	<p>Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m></p> <div style="text-align: center;">  <réservé CNS> </div> <p>Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a></p>																																																																
Titre																																																																	
Date d'établissement : XX/XX/20XX Date d'expiration : XX/XX/20XX N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXXX																																																																	
<input type="checkbox"/> URGENCE <input type="checkbox"/> NUIT / NOCTU <input type="checkbox"/> POUR TROUSSE <input type="checkbox"/> PREVENTIF Heure : XX:XX																																																																	
XXXXXXXXXXXX	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>P.ord.</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.1</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.2</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.3</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.4</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.5</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.6</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.7</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> </tbody> </table> <p>Prestation délivrée / Date</p> <p>Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale</p>	Date	P.ord.	1	2	3	4	5	6	XX/XX/20XX	Dél.1	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.2	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.5	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.6	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.7	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Date	P.ord.	1	2	3	4	5	6																																																										
XX/XX/20XX	Dél.1	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.2	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.5	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.6	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
XX/XX/20XX	Dél.7	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																										
Remarque(s) :	Signature du prestataire																																																																
<p style="font-size: small;">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/.</p>																																																																	

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX							
		<réservé CNS> 							
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité							
Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux									
Date d'établissement : 30/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001						
<input type="checkbox"/> URGENCE	<input type="checkbox"/> NUIT / NOCTU	<input type="checkbox"/> POUR TROUSSE	<input type="checkbox"/> PREVENTIF						
			Heure :						
PARACETAMOL 500mg comprimés 1 comprimé 3x par jour au besoin pendant 5 jours CLEXANE 6000 UI SRG. 1 injection par jour pendant 10 jours OPSITE POST-OP 5cmx6,5cm 1 x par jour pendant 5 jours		Date	P.ord.	1	2	3	4	5	6
		Dél.1							
		Dél.2							
		Dél.3							
		Dél.4							
		Dél.5							
		Dél.6							
		Dél.7							
		Prestation délivrée / Date							
		Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale							
Remarque(s) :				Signature du prestataire					
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/ .									

Art. 62. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » sur plusieurs pages, en l'absence de toute transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, les spécifications suivantes s'appliquent:

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à Art. 40 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/3 »)
- 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 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.

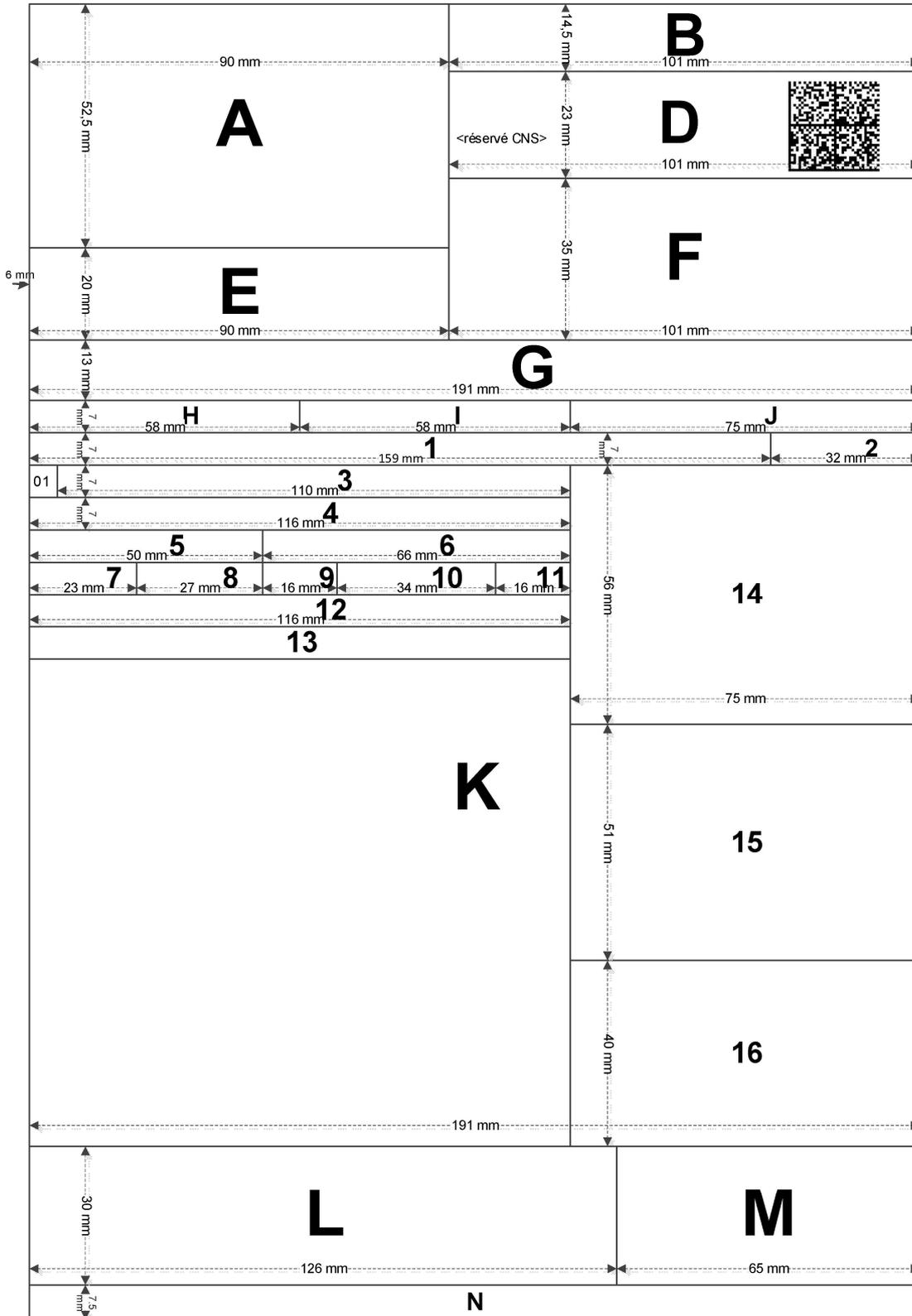
Art. 63. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » sur plusieurs pages, en l'absence de toute transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, est repris ci-après :

<p>Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m></p> <p>Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m></p> <p>Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p></p>		<p style="text-align: right;">Page 1/2</p> <p>Code prestataire prescripteur : <Code prestataire-m></p> <div style="text-align: center;">  <réservé CNS> </div> <p>Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a></p>																																																																
Titre																																																																		
Date d'établissement : XX/XX/20XX	Date d'expiration : XX/XX/20XX	N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXXX																																																																
<input type="checkbox"/> URGENCE <input type="checkbox"/> NUIT / NOCTU <input type="checkbox"/> POUR TROUSSE <input type="checkbox"/> PREVENTIF		Heure : XX:XX																																																																
< Texte libre >		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>P.ord.</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.1</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.2</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.3</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.4</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.5</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.6</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>XX/XX/20XX</td> <td>Dél.7</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> </tbody> </table> <p>Prestation délivrée / Date</p> <p>Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale</p>	Date	P.ord.	1	2	3	4	5	6	XX/XX/20XX	Dél.1	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.2	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.5	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.6	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX/XX/20XX	Dél.7	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Date	P.ord.	1	2	3	4	5	6																																																											
XX/XX/20XX	Dél.1	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.2	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.5	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.6	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
XX/XX/20XX	Dél.7	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX																																																											
Remarque(s) :		Signature du prestataire																																																																
<p style="font-size: small;">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/.</p>																																																																		

N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXX		Matricule : <Matricule-p>							Page 2/2	
< Texte libre >	Date	P.ord.	7	8	9	10	11	11		
	XX/XX/20XX	Dél.1	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.2	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.3	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.4	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.5	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.6	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	XX/XX/20XX	Dél.7	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
	Prestation délivrée / Date									
Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale										
Remarque(s) :					Signature du prestataire					
<small>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/.</small>										

N° d'ordonnance : 2024040001	Matricule :1966053061567	Page 2/2							
<p>Bandelettes urinaires KetoDiabur: Quantité : 1 boîte</p> <p>Lancettes Microlet, Ascencia: 2x/ jour Traitement pour 100 jour(s)</p>	Date	P.ord.	7	8	9	10	11	12	
	Dél.1								
	Dél.2								
	Dél.3								
	Dél.4								
	Dél.5								
	Dél.6								
	Dél.7								
	Prestation délivrée / Date								
	Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale								
Remarque(s) :	Signature du prestataire								
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/ .									

Art. 64. Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux et en cas de transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux ». 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 - POUR TROUSSE 4 - PRÉVENTIF
2	32,0*7,0	Arial 9	Heure	Heure : hh:mm
3	110,0*7,0	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. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
4	116,0*7,0	Arial 9	Dénomination*	Dénomination abrégée de la liste positive ou nom commercial des fichiers B de l'annexe A des statuts de la CNS, à l'exclusion du fichier B6. A défaut, texte libre.
5	50,0*7,0	Arial 9	Dosage	En mg, g, UI, ... si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
6	66,0*7,0	Arial 9	Forme pharmaceutique	Comprimé, sirop, crème, ... si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
7	23,0*7,0	Arial 9	Nombre	Nombre prescrit
8	27,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
9	16,0*7,0	Arial 9	Intervalle	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
10	34,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
11	16,0*7,0	Arial 9	Intervalle	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
12	116,0*7,0	Arial 9	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.
13	116,0*7,0	Arial 9	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.

14	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.	Dél. 1 - Dél. 7 dans la colonne « P. ord ».
	8,0*7,0		1-6	Quantités délivrées respectives dans les colonnes 1- 6.
15	75,0*58,0	Arial 7	Prestation délivrée / Date	Cette zone est réservée aux prestataires exécutant l'ordonnance.
16	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 prestataire doit faire précéder chaque médicament, aliment médical ou dispositif médical d'un numéro d'ordre, ne pouvant dépasser six (6) numéros d'ordre par page.

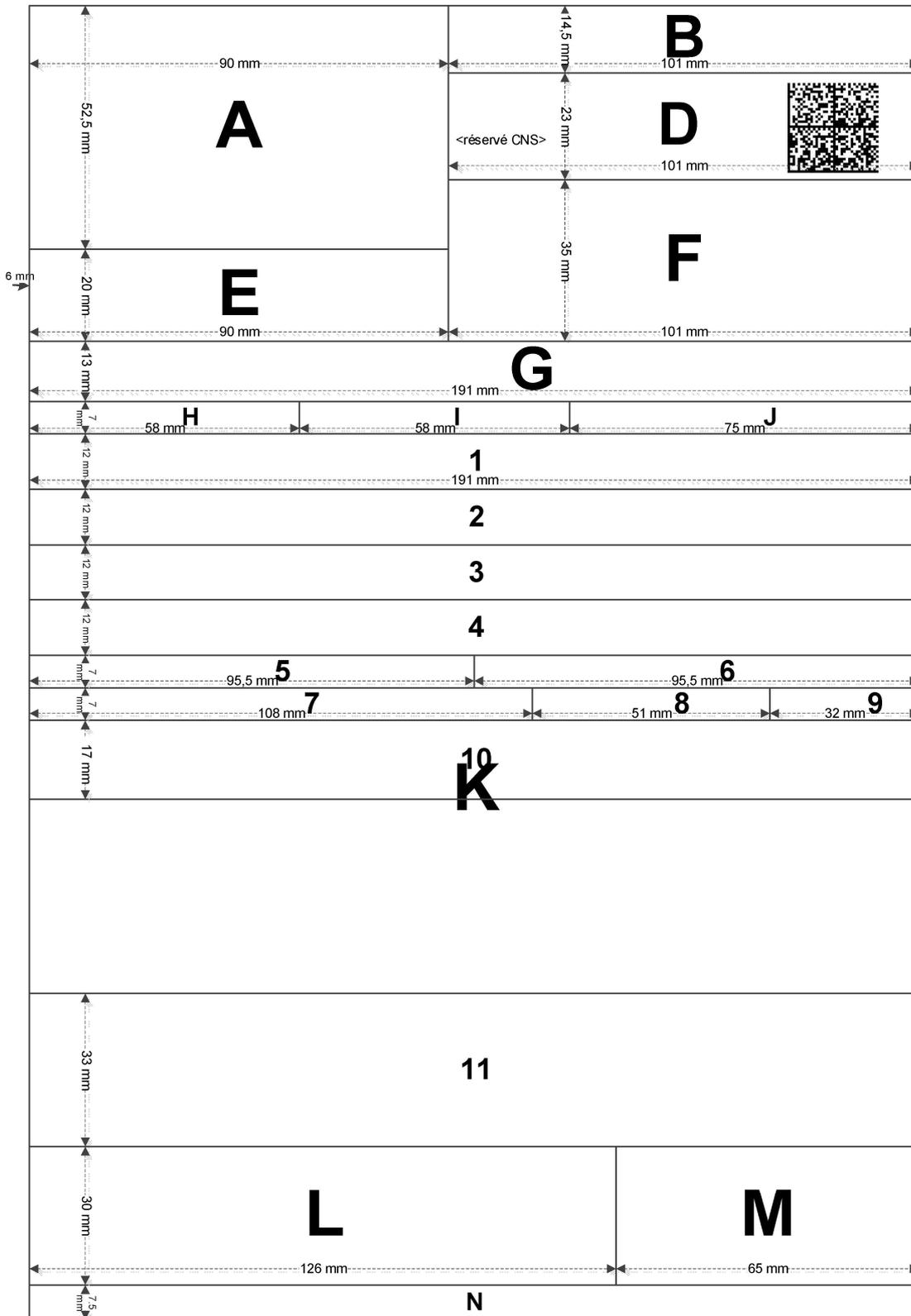
Art. 65. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux », en cas de transmission de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, est repris ci-après :

<p>Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m></p> <p>Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m></p> <p>Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p></p>	<p>Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <réservé CNS>  </div> <p>Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a></p>	
Titre		
Date d'établissement : XX/XX/20XX Date d'expiration : XX/XX/20XX N° d'ordonnance : XXXXXXXXXX		
<input type="checkbox"/> URGENCE <input type="checkbox"/> NUIT / NOCTU <input type="checkbox"/> POUR TROUSSE <input type="checkbox"/> PREVENTIF Heure : XX:XX		
01	Code ou Numéro : XX Date P.ord. 1 2 3 4 5 6	
Dénomination : XX XX/XX/20XX Dél.1 XXX XXX XXX XXX XXX XXX		
Dosage : XXXXXXXXXXXXXXXX Forme pharmaceutique : XXXXXXXXXXXXXXXX XX/XX/20XX Dél.2 XXX XXX XXX XXX XXX XXX		
Nombre : XXX Fréquence : XXX <i>intervalle</i> Durée : XXX <i>intervalle</i> XX/XX/20XX Dél.3 XXX XXX XXX XXX XXX XXX		
Posologie : XX XX/XX/20XX Dél.4 XXX XXX XXX XXX XXX XXX		
Motivation médicale : XX XX/XX/20XX Dél.5 XXX XXX XXX XXX XXX XXX		
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>		XX/XX/20XX Dél.6 XXX XXX XXX XXX XXX XXX
		XX/XX/20XX Dél.7 XXX XXX XXX XXX XXX XXX
		Prestation délivrée / Date
		Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale
Remarque(s) :		Signature du prestataire
<small>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/.</small>		

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux			
Date d'établissement : 30/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001
<input type="checkbox"/> URGENCE	<input type="checkbox"/> NUIT / NOCTU	<input type="checkbox"/> POUR TROUSSE	<input type="checkbox"/> PREVENTIF
			Heure :
01	Code ou Numéro : 0482526	Date	P.ord.
		1	2
		3	4
		5	6
Dénomination : PARACETAMOL-RATIOPHARM CPR. 500 MG 1*20 CPR		Dél.1	
Dosage : 500mg		Forme pharmaceutique : Comprimé	Dél.2
Nombre : 1	Fréquence : 3	jour	Durée : 5
		jour	
Posologie : Au besoin, si douleurs.		Dél.3	
Motivation médicale :		Dél.4	
Dél.5			
02	Code ou Numéro : 0267613	Dél.6	
Dénomination : CLEXANE 6000 UI SOL.INJ.SRG. 60 MG / 0,6 ML 1*10 SER. PR		Dél.7	
Dosage :		Forme pharmaceutique :	Prestation délivrée / Date
Nombre : 1	Fréquence : 1	jour	Durée : 10
		jour	
Posologie :			
Motivation médicale :			
03	Code ou Numéro : 5906870		
Dénomination : OPSITE POST-OP R 66030313 5 5cm 6,5cm			
Dosage :		Forme pharmaceutique :	
Nombre : 1	Fréquence : 1	jour	Durée : 5
		jour	
Posologie :		Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale	
Motivation médicale :			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
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/ .			

Ordonnance médicale : Transport en série

Art. 66. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport en série, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport en série ». 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	95,5*7,0	Arial 9	Durée prévisible du traitement*	Indication du nombre de mois.
6	95,5*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Ambulatoire 2 - Stationnaire
7	36,0*7,0	Arial Bold 9	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.
8	51,0*7,0	Arial 9	Fréquence*	Fréquence de transports (par semaine ou par mois).
9	32,0*7,0	Arial 9	Intervalle*	Intervalle de la fréquence : 1 - semaine 2 - mois
10	191,0*17,0	Arial 9	Justification médicale*	Indication de la justification médicale pour la prescription.
11	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

				<p>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.</p> <p>En cas de nécessité d'une désinfection spéciale de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale: désinfection spéciale pour transport en ambulance.</p>
--	--	--	--	---

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

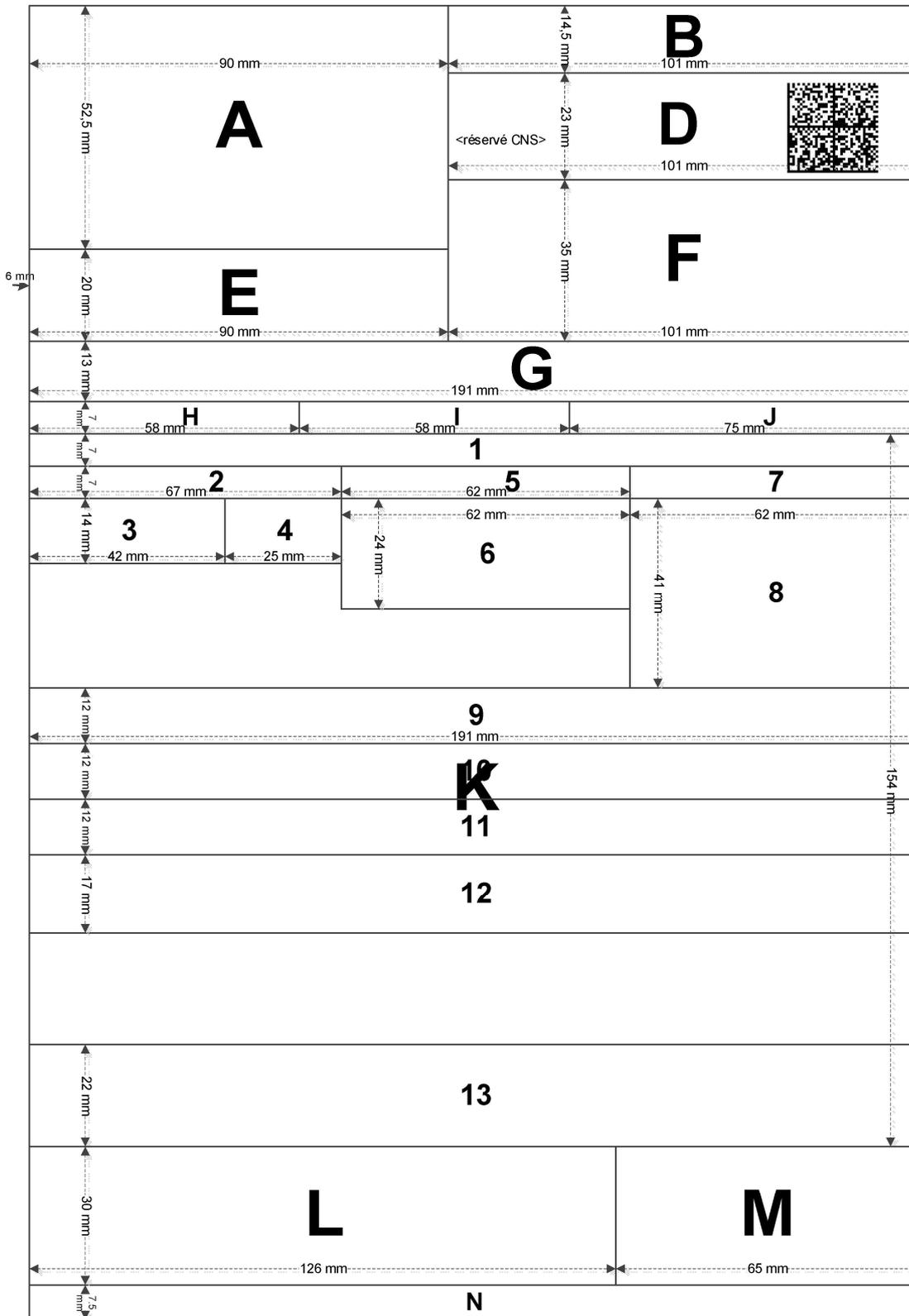
L'« Ordonnance médicale : Transport en série » est limitée à une (1) page.

Art. 67. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Transport en série » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste Centre spécialisé XY N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Transport en série			
Date d'établissement : 04/07/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024070001
Nom de l'établissement : Centre spécialisé XY			
Adresse de l'établissement :			
Diagnostic : Sarcome			
Nature du traitement envisagé : Radiothérapie			
Durée prévisible du traitement (en mois) : 3		Traitement : Ambulatoire	
Moyen de transport	Aller : Taxi	Retour : Taxi	Fréquence des transports : 5 semaine
Justification médicale : Transport en commun médicalement inapproprié			
<p>Note à l'attention du prescripteur :</p> <p>Le transport en ambulance est pris en charge uniquement si une position allongée ou demi-assise est médicalement indispensable.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En cas de nécessité d'une désinfection spéciale de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale: désinfection spéciale pour transport en ambulance.</p>			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance

Art. 68. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport simple en ambulance, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance ». 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*	<p>(1) En sélectionnant « à l'intérieur du pays », le prestataire certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou demi-assise est indispensable.</p> <p>(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.</p> <p>(3) A remplir impérativement lorsque le transport a lieu à l'étranger.</p> <p>En cas de nécessité d'une désinfection spéciale de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale: désinfection spéciale pour transport en ambulance.</p>
----	------------	---------	-------------	--

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

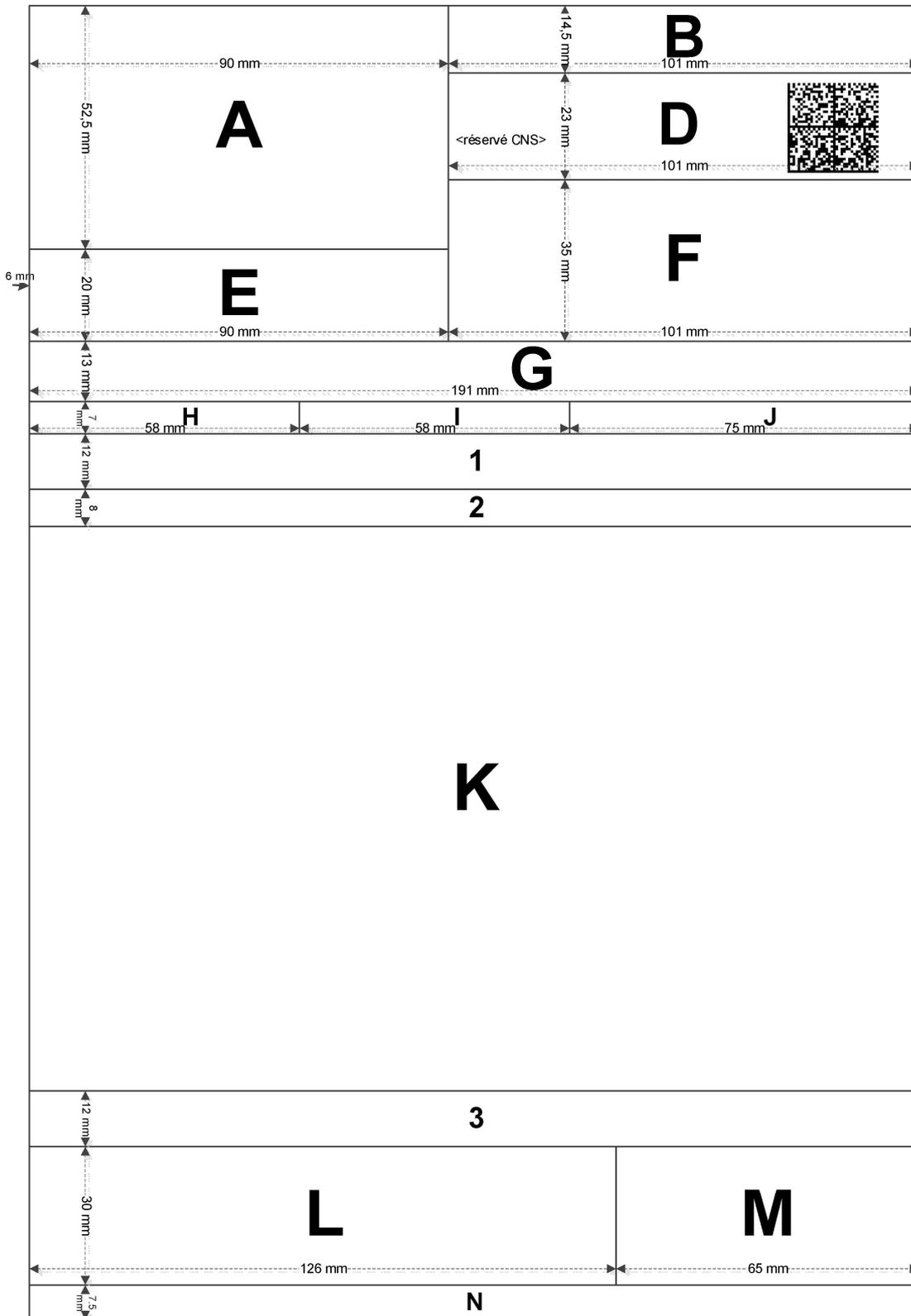
L'« Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » est limitée à une (1) page.

Art. 69. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance			
Date d'établissement : 28/06/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024060001
Date du transport (si connue) : 03/07/2024			
Type de transport :		Départ :	Arrivée :
<input checked="" type="checkbox"/> À l'intérieur du pays (1)	<input checked="" type="checkbox"/> Aller	<input checked="" type="checkbox"/> Lieu de séjour habituel	<input type="checkbox"/> Lieu de séjour habituel
<input type="checkbox"/> À l'étranger (2)	<input type="checkbox"/> Aller/Retour	<input type="checkbox"/> Hôpital luxembourgeois	<input checked="" type="checkbox"/> Hôpital luxembourgeois
		<input type="checkbox"/> Atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur	<input type="checkbox"/> Atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur
		<input type="checkbox"/> Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie	
		<input type="checkbox"/> Clinique étrangère	
Adresse du lieu de séjour habituel : N° et rue L-XXXX Localité			
Nom de l'établissement : Centre Hospitalier du Nord			
Adresse de l'établissement (3) :			
Raisons médicales :			
(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) À remplir impérativement lorsque le transport a lieu à l'étranger. En cas de nécessité d'une désinfection spéciale de l'ambulance, le médecin émet une ordonnance médicale: désinfection spéciale pour transport en ambulance.			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
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/ .			

Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance

Art. 70. Dans le cadre de la prescription d'une désinfection spéciale pour transport en ambulance, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance ». 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*	
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 spéciale 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 spéciale de l'ambulance, le médecin émet une nouvelle ordonnance médicale : désinfection spéciale pour transport en ambulance.

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

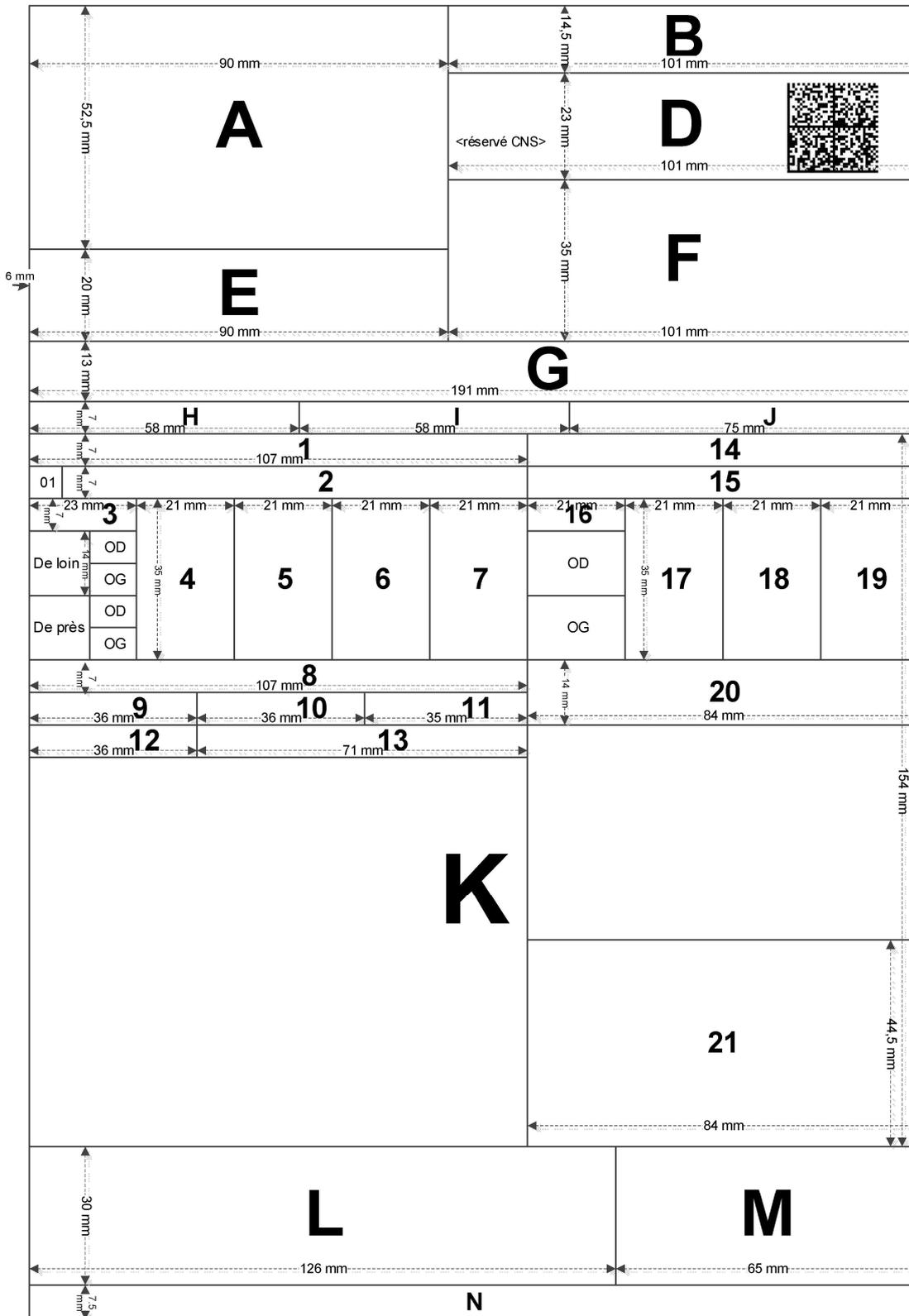
L'« Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance » est limitée à une (1) page.

Art. 71. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX
		<réservé CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité
Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance		
Date d'établissement : 28/06/2024	Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024060001
Raisons médicales : MRSA+		
Type de transport : <input checked="" type="checkbox"/> simple <input type="checkbox"/> en série ¹		
<small>¹ La désinfection spéciale 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 spéciale de l'ambulance, le médecin émet une nouvelle ordonnance médicale : désinfection spéciale pour transport en ambulance.</small>		
Remarque(s) :		Signature du prestataire
<small>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/.</small>		

Ordonnance médicale : Aides visuelles

Art. 72. Dans le cadre de la prescription relative à des aides visuelles (lunettes et lentilles), le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Aides visuelles ». 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 « Teinte » cochée : 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
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 : 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)
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.

L'« Ordonnance médicale : Aides visuelles » est limitée à une (1) page.

Art. 73. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Aides visuelles » pour des lunettes est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>					Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m>				
					<réservé CNS> 				
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>					Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>				
Titre									
Date d'établissement : XX/XX/20XX			Date d'expiration : XX/XX/20XX			N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXX			
Lunettes					Lentilles de contact				
01	Montures : X			Verres : X		Réfraction			
	VD = XX mm	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	VD = XX mm	Sphère	Cylindre	Axe
De loin	OD	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	OD	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
	OG	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		OG	XXXXXX	XXXXXX
De près	OD	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	OG	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
	OG	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		OG	XXXXXX	XXXXXX
Addition de près : XXXXXX					Indication médicale :				
<input type="checkbox"/> Foyer variable		<input type="checkbox"/> Bifocal		<input type="checkbox"/> Combiné					
<input type="checkbox"/> Teinte		Indication médicale :							
					Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale				
Remarque(s) :					Signature du prestataire				
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/ .									

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste en Ophthalmologie Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@ophthalmologie.com					Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX				
					<réservé CNS> 				
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :					NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité				
Ordonnance médicale : Aides visuelles									
Date d'établissement : 07/03/2024			Date d'expiration : 06/06/2024			N° d'ordonnance : 2024030001			
Lunettes					Lentilles de contact				
01	Montures : 1			Verres : 2		Réfraction			
	VD = 13 mm	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	VD = mm	Sphère	Cylindre	Axe
De loin	OD	-6,75	-0,25	100		OD			
	OG	-9,00	0,00	0					
De près	OD					OG			
	OG								
Addition de près :					Indication médicale :				
<input type="checkbox"/> Foyer variable		<input type="checkbox"/> Bifocal		<input type="checkbox"/> Combiné					
<input type="checkbox"/> Teinte		Indication médicale :							
					Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale				
Remarque(s) : Article 120 (verres organiques) Article 125 (n>167)					Signature du prestataire				
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/ .									

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste en Ophtalmologie Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@ophtalmologie.com					Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX				
					<réservé CNS> 				
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :					NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité				
Ordonnance médicale : Aides visuelles									
Date d'établissement : 07/03/2024			Date d'expiration : 06/06/2024			N° d'ordonnance : 2024030001			
Lunettes					Lentilles de contact				
01	Montures : 1			Verres : 2		Réfraction			
	VD = 13 mm	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	VD = mm	Sphère	Cylindre	Axe
De loin	OD	-6,75	-0,25	100		OD			
	OG	-9,00	0,00	0					
De près	OD					OG			
	OG								
Addition de près :					Indication médicale :				
	<input type="checkbox"/> Foyer variable	<input type="checkbox"/> Bifocal		<input type="checkbox"/> Combiné					
	<input type="checkbox"/> Teinte	Indication médicale :							
01	Montures : 1			Verres : 2					
	VD = 13 mm	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme				
De loin	OD								
	OG								
De près	OD	+1,00							
	OG	+1,00							
Addition de près :					Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale				
	<input type="checkbox"/> Foyer variable	<input type="checkbox"/> Bifocal		<input type="checkbox"/> Combiné					
	<input type="checkbox"/> Teinte	Indication médicale :							
Remarque(s) : Article 120 (verres organiques) Article 125 (n>167)					Signature du prestataire				
<small>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/.</small>									

Art. 74. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Aides visuelles » pour des lentilles de contact est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste en Ophtalmologie Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@ophtalmologie.com					Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX						
					<réservé CNS> 						
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :					NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité						
Ordonnance médicale : Aides visuelles											
Date d'établissement : 07/03/2024			Date d'expiration : 06/06/2024			N° d'ordonnance : 2024030001					
Lunettes					Lentilles de contact						
01	Montures : 0			Verres : 0		Réfraction					
	VD =	mm	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	VD =	mm	Sphère	Cylindre	Axe
De loin	OD		-8,75	-0,50	45		OD		-8,00		
	OG		-8,50	-,075	135						
De près	OD		-7,75	-0,50	35		OG		-7,75		
	OG		-7,50	-0,75	135						
Addition de près : +1,00						Indication médicale : 1					
										<small>Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale</small>	
Remarque(s) : Les puissances indiquées sont à contrôler par un essai de lentilles avant leur délivrance. Art. 122						Signature du prestataire					
<small>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/.</small>											

Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention

Art. 75. 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, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention ». La zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

A	B	C
90 mm	101 mm	25 mm
52,5 mm	14,5 mm	6 mm
20 mm	23 mm	
6 mm	<réservé CNS>	
90 mm	101 mm	
13 mm	35 mm	
7 mm	E	F
58 mm	90 mm	101 mm
7 mm	G	
14 mm	191 mm	
7 mm	H	I
58 mm	58 mm	75 mm
7 mm	1	Date
140 mm	2	P.ord.
7 mm	3	1
7 mm	5	2
7 mm	6	3
10 mm	7	4
01	134 mm	58 mm
7 mm	8	
22 mm	35 mm	83 mm
7 mm	10	
10 mm	11	12
7 mm	70 mm	70 mm
14 mm	13	
Remarque(s) :		Signature du prestataire
La loi du 1er août 2018 relative à la protection des données à caractère personnel, respectivement le Règlement général sur la protection des données (RGPD) sont appliqués. Pour l'exercice de vos droits (informations, modifications, suppression...) vous pouvez directement contacter votre prestataire.		

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 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.	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 Bold 9	Partie du corps et modèle de la fourniture	Titre
6	134,0*10,0	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 - Gauche 2 - Membre(s) inférieur(s) - Bas jusqu'au genou - Droit 3 - Membre(s) inférieur(s) - Bas jusqu'au genou - Bilatéral 4 - Membre(s) inférieur(s) - Bas cuisse(s) incluse(s) - Gauche 5 - Membre(s) inférieur(s) - Bas cuisse(s) incluse(s) - Droit 6 - Membre(s) inférieur(s) - Bas cuisse(s) incluse(s) - Bilatéral 7 - Membre(s) inférieur(s) - Collant - Bilatéral 8 - Membre(s) inférieur(s) - Legging - Bilatéral

				<p>9 - Membre(s) inférieur(s) - Pièce(s) cuisse(s) - Gauche</p> <p>10 - Membre(s) inférieur(s) - Pièce(s) cuisse(s) - Droit</p> <p>11 - Membre(s) inférieur(s) - Pièce(s) cuisse(s) - Bilatéral</p> <p>12 - Membre(s) inférieur(s) - Mitaine(s) d'orteils - Gauche</p> <p>13 - Membre(s) inférieur(s) - Mitaine(s) d'orteils - Droit</p> <p>14 - Membre(s) inférieur(s) - Mitaine(s) d'orteils - Bilatéral</p> <p>15 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - avec mitaine - Gauche</p> <p>16 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - avec mitaine - Droit</p> <p>17 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - avec mitaine - Bilatéral</p> <p>18 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - sans mitaine - Gauche</p> <p>19 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - sans mitaine - Droit</p> <p>20 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) - sans mitaine - Bilatéral</p> <p>21 - Membre(s) supérieur(s) - Mitaine(s)/Gant(s) - Gauche</p> <p>22 - Membre(s) supérieur(s) - Mitaine(s)/Gant(s) - Droit</p> <p>23 - Membre(s) supérieur(s) - Mitaine(s)/Gant(s) - Bilatéral</p> <p>24 - Tête</p> <p>25 - Tronc</p>
7	22,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Indication du nombre par modèle de la fourniture prescrite.
8	35,0*7,0	Arial 9	Type de tricotage*	Indication du type de tricotage : 1 - Circulaire 2 - Rectiligne
9	83,0*7,0	Arial 9	Degré minimal de compression*	Exprimé en mmHg.
10	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.
11	70,0*7,0	Arial 9	Durée du traitement (en semaines)	Indication du nombre de semaines.

12	70,0*7,0	Arial 9	Durée de mise en place (en heures)	Indication du nombre d'heures.
13	140,0*14,0	Arial 9	Motivation pour demande de 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 12 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 / intervention chirurgicale.

Art. 76. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » sur une page est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention			
Date d'établissement : 23/10/2023		Date d'expiration : 22/01/2024	
ID : 90XXXXXX202310231966053061567			
Diagnostic médical / Intervention chirurgicale : I.V. Œdèmes		Date	P.ord.
			1 2 3
		Dél.1	
		Dél.2	
Date de l'intervention chirurgicale : XX/XX/20XX		Dél.3	
Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique : XX/XX/20XX		Dél.4	
Partie du corps et modèle de la fourniture			
01	Prescription : 3 - Membres inférieur - Bas jusqu'au genou - Bilatéral		
Nombre : 2	Type de tricotage : 2	Degré minimal de compression : 25 mmHg	
Code/libellé prescrit : P5010134			
Durée du traitement (en semaines) : 52		Durée de mise en place (en heures) : 12	
Motivation pour demande de renouvellement anticipée (sur accord préalable) :			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Art. 77. 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 Art. 40 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/2 ») ;
- 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.

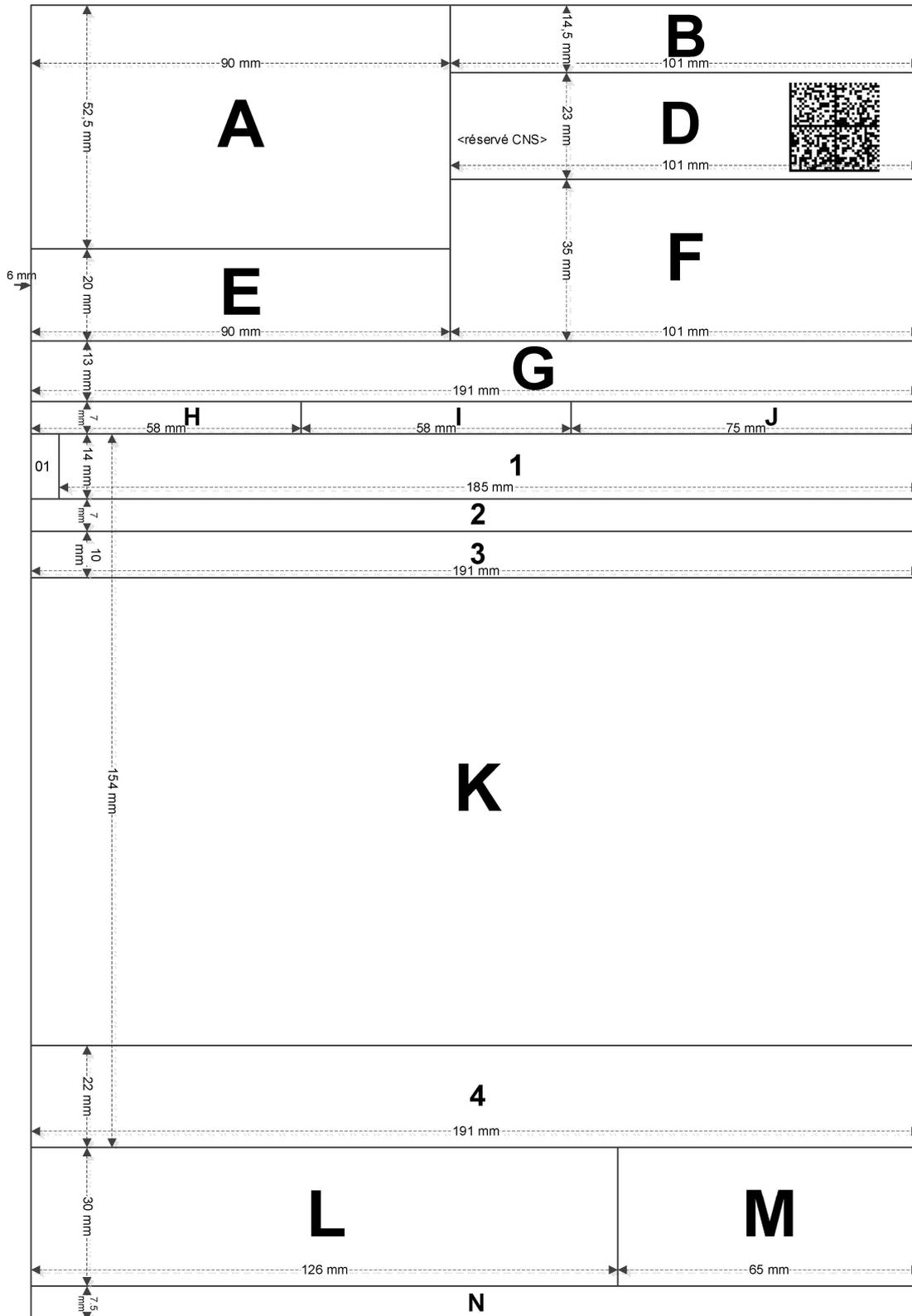
Art. 78. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » sur plusieurs pages est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX		Page 1/2	
Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		<réservé CNS>			
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité			
Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention					
Date d'établissement : 29/07/2024		Date d'expiration : 30/10/2024		N° d'ordonnance : 2024070001	
Diagnostic médical / Intervention chirurgicale : I.V. Œdèmes				Date	P.ord.
				1	2
				3	
Date de l'intervention chirurgicale :				Dél.1	
Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique :				Dél.2	
Partie du corps et modèle de la fourniture				Dél.3	
				Dél.4	
01	Prescription, procédée du numéro d'ordre : 24 - Tête				
Nombre : 1	Type de tricotage : 2	Degré minimal de compression : 0 mmHg			
Code/libellé prescrit : P5030403					
Durée du traitement (en semaines) : 0			Durée de mise en place (en heures) : 0		
Motivation pour demande de renouvellement anticipée (sur accord préalable) :					
02	Prescription, procédée du numéro d'ordre : 25 - Tronc				
Nombre : 1	Type de tricotage : 2	Degré minimal de compression : 0 mmHg			
Code/libellé prescrit : P5030403					
Durée du traitement (en semaines) : 0			Durée de mise en place (en heures) : 0		
Motivation pour demande de renouvellement anticipée (sur accord préalable) :					
Remarque(s) :				Signature du prestataire	
<small>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/.</small>					

N° d'ordonnance : 2024070001		Matricule : 1966053061567			Page 2/2				
03	Prescription, procédée du numéro d'ordre : 15 - Membre(s) supérieur(s) - Manchons - avec mitaine - Gauche				Date	P.ord.	4	5	6
Nombre : 1		Type de tricotage : 2	Degré minimal de compression : 0 mmHg			Dél.1			
Code/libellé prescrit : P5020123						Dél.2			
						Dél.3			
Durée du traitement (en semaines) : 0			Durée de mise en place (en heures) : 0			Dél.4			
Motivation pour demande de renouvellement anticipée (sur accord préalable) :									
Remarque(s) :					Signature du prestataire				
<p>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/.</p>									

Ordonnance médicale : Pied diabétique

Art. 79. 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, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Pied diabétique ». 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*	<p>Indication de la description de la fourniture prescrite et du code y relatif:</p> <p>1 - Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques - semelles orthopédiques pour pied diabétique (Weichpolstereinlagen); équivaut au code P6070210.</p> <p>2 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à un artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures d'intérieur; équivaut au code P6070110.</p> <p>3 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à un artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures de ville; équivaut au code P6070120.</p> <p>4 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à un artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui; équivaut au code P6070220.</p> <p>5 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures d'intérieur; équivaut à l'un des codes P6070140 ou P6070141.</p> <p>6 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de ville; équivaut à l'un des codes P6070130 ou P6070131.</p> <p>7.1 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure -</p>

				<p>chaussures de sécurité type S3 ; équivaut au code P6070150.</p> <p>7.2 Diabète avec déformation d'au moins un pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S2 ; équivaut au code P6070151.</p> <p>7.3 Diabète avec déformation d'au moins un pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S1 ; équivaut au code P6070152.</p> <p>8 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou un artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui ; équivaut au code P6070220.</p>
2	191,0*7,0	Arial 9	Nombre de chaussures / paires de fournitures*	<p>Indication du nombre de paires par modèle de la fourniture respective.</p> <p>Pour les chaussures de sécurité, le prestataire indique le nombre de chaussures par modèle de la fourniture respective.</p>
3	191,0*10,0	Arial 9	Motivation pour demande de 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	Possibilité d'indiquer au prestataire exécutant toute affection des pieds pouvant avoir un impact sur la confection des chaussures orthopédiques sur mesure.

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. 80. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Pied diabétique » sur une page est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin spécialiste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Pied diabétique			
Date d'établissement : 29/07/2024		Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070001
01 Fourniture, précédée du numéro d'ordre : 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			
Nombre de chaussures / paires de fournitures : 1			
Motivation pour demande de renouvellement anticipé :			
02 Fourniture, précédée du numéro d'ordre : 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			
Nombre de chaussures / paires de fournitures : 1			
Motivation pour demande de renouvellement anticipé :			
03 Fourniture, précédée du numéro d'ordre : 8 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et /ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui			
Nombre de chaussures / paires de fournitures : 2			
Motivation pour demande de renouvellement anticipé :			
Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure : Diabetisches Fußsyndrom beidseits mit peripherer art. Verschlusskrankheit : Amputation D4 & D5 links ; Fersendecubitus links, rezidivierende kleinere Wunden D1 rechts & bact. Basis D5 rechts			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
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/ .			

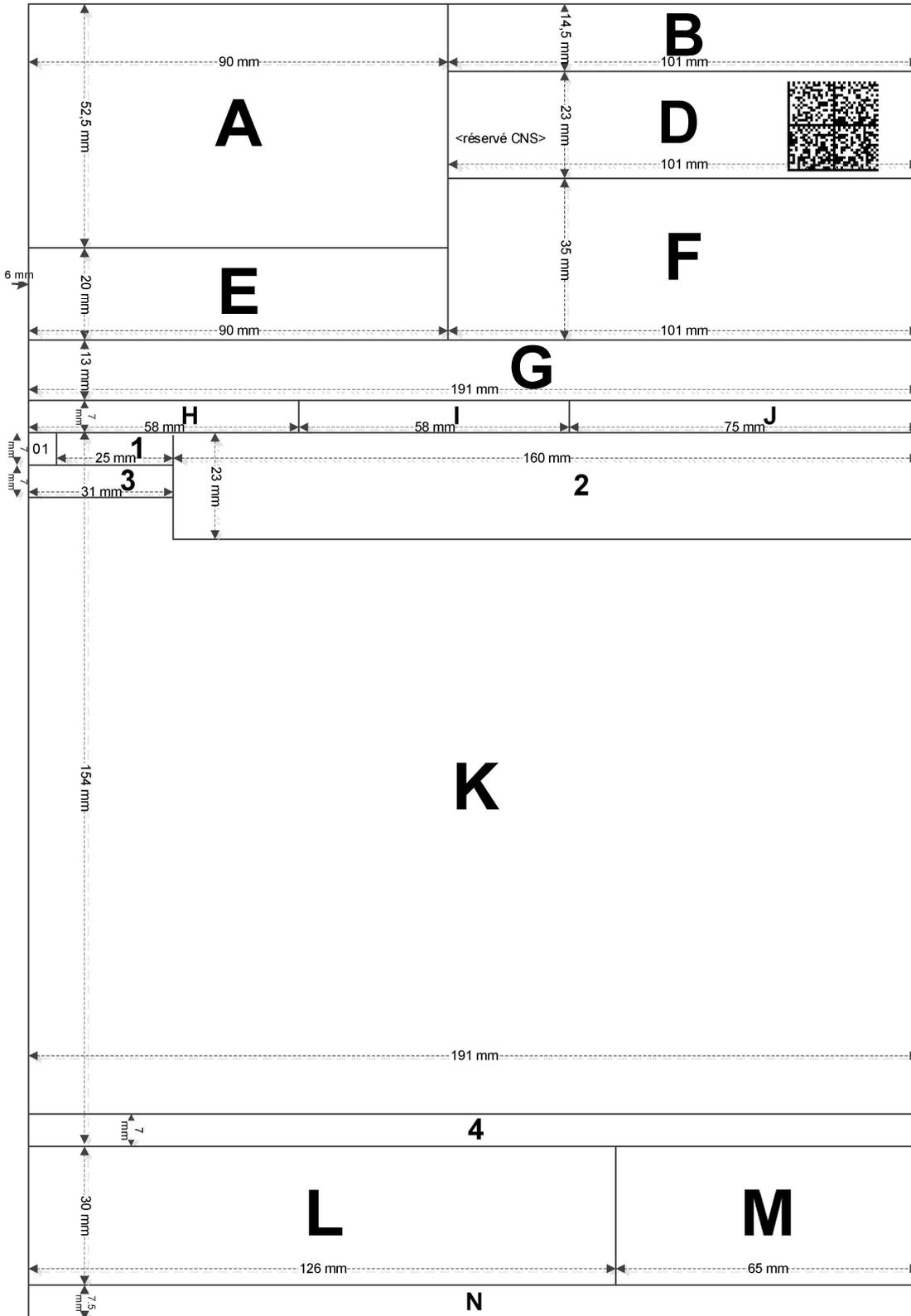
Art. 81. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Pied diabétique » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à Art. 40 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/3 »)
- 3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) La zone 4 figure uniquement sur la dernière page.

Art. 82. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Pied diabétique » sur plusieurs pages est repris ci-après :

Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant

Art. 83. 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 prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant ». 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*2,0	Arial 9	Libellé*	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.

L'« Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » est limitée à une (1) page.

Art. 84. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant			
Date d'établissement : 30/04/2024		Date d'expiration :	N° d'ordonnance : 2024040001
01	Acte : R1	Libellé : Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen clinique général - les résultats d'examens complémentaires - le diagnostic positif (et différentiel) - les propositions de traitement	
Nombre : 1			
<input checked="" type="checkbox"/> Par la présente, je vous adresse ce(tte) patient(e) pour avis.			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle

Art. 85. 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 prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle ». 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	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois

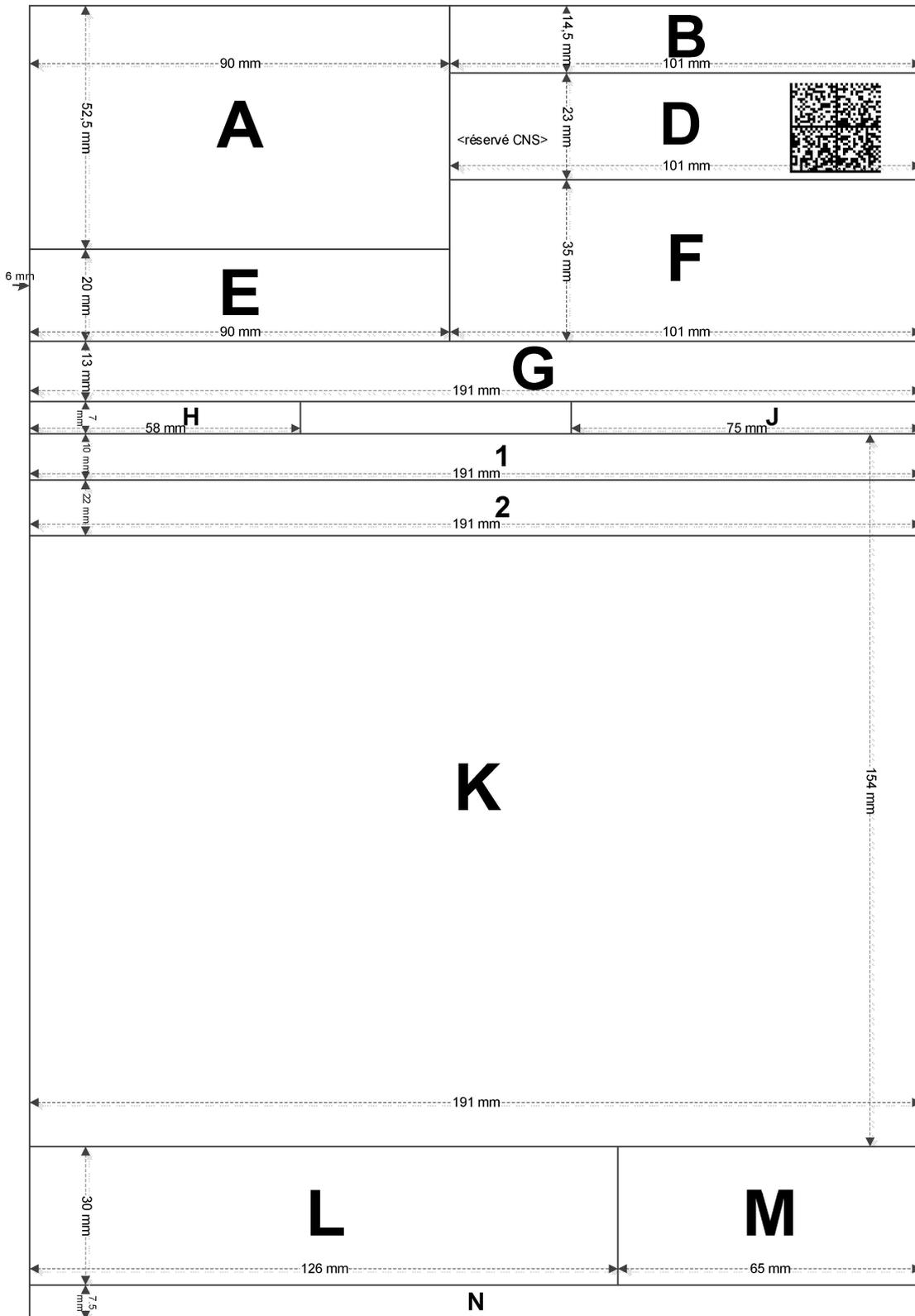
Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 86. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle			
Date d'établissement : 30/04/2024		Date d'expiration : 31/05/2024	N° d'ordonnance : 2024040001
01	Nom du prestataire : NOM Prénom		
Code du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle : 90XXXXXX			
Date de début : 06/05/2024		Durée approximative du traitement parallèle : 10	semaine(s)
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<small>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/.</small>			

Ordonnance médicale : Transfert d'un patient

Art. 87. Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins, respectivement à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient ». La zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :



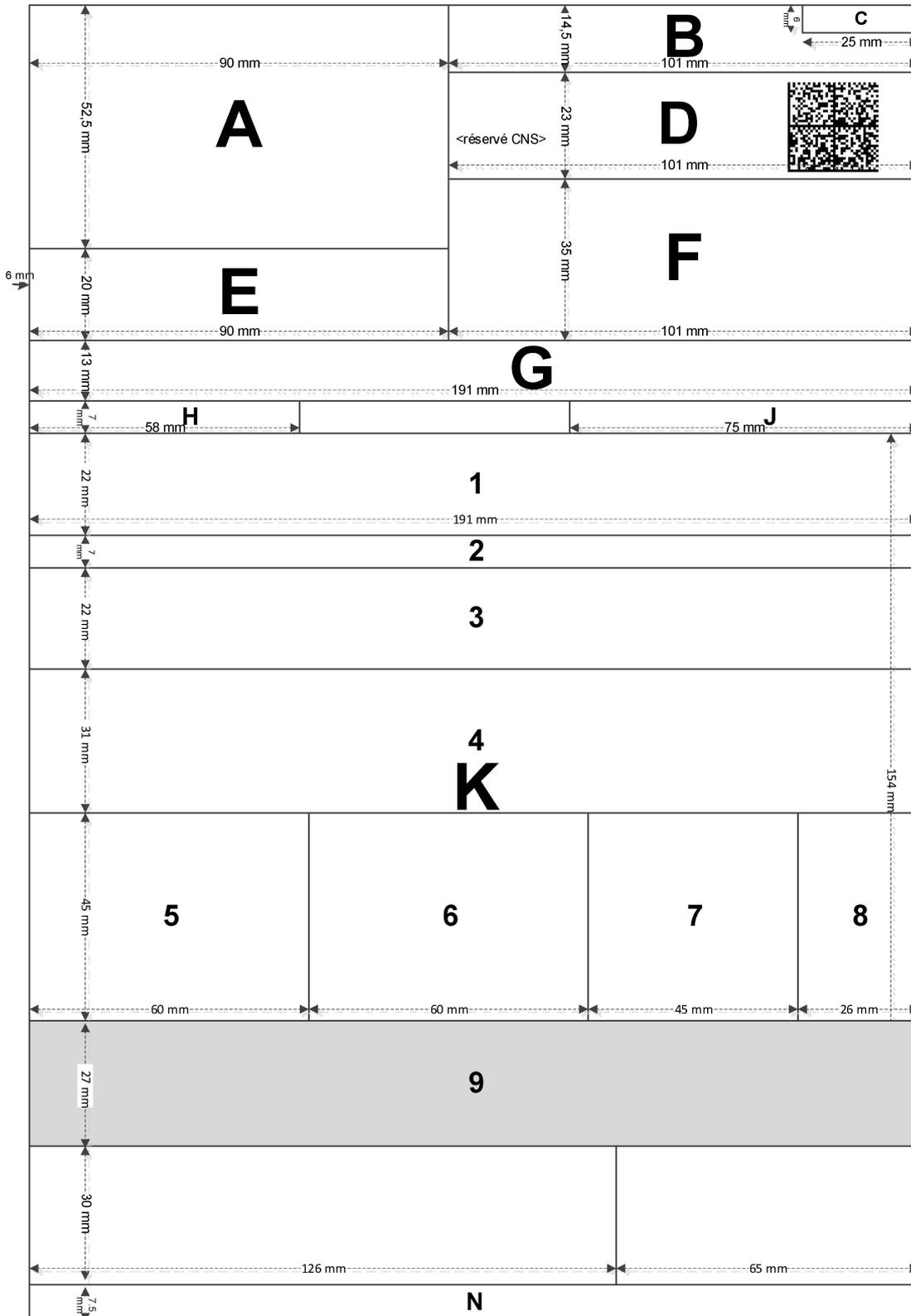
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*10,0	Arial 9	Indication de la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé	Si le prestataire souhaite indiquer la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé, il utilise la terminologie au règlement grand-ducal modifié du 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 ».

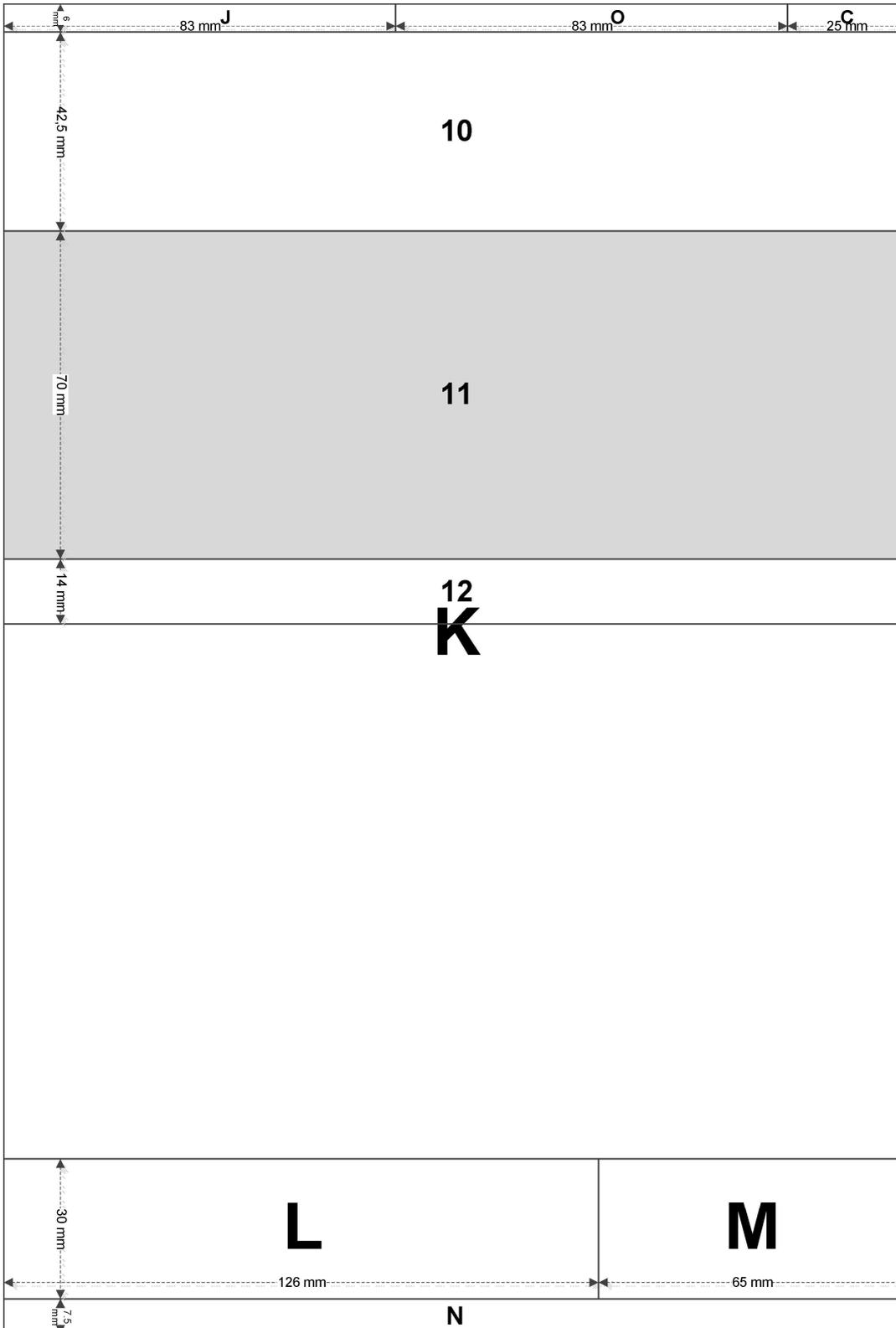
Art. 88. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
	<réservé CNS>	
	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		
Ordonnance médicale : Transfert d'un patient		
Date d'établissement : 30/04/2024	N° d'ordonnance : 2024040001	
Indication de la spécialité vers laquelle le transfert est demandée : Chirurgie gastro-entérologique		
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 ».		
Remarque(s) :	Signature du prestataire	
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/ .		

Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Art. 89. Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger ». 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/CIM10 (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. Liste non exhaustive en vigueur au 1 ^{er} août 2024 : 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 hématopoiétiques 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 tomodynamométrie 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

				<p>fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire</p> <p>13 - Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires</p> <p>14 - Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons</p> <p>15 - Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques</p> <p>16 - Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse</p> <p>17 - Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle</p> <p>18 - Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie</p> <p>19 - Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale</p> <p>20 - Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur</p> <p>21 - Équipement de mammographie</p>
4	191,0*31,0	Arial 9	Motivation médicale + Rapport médical	<p>Exposition des faits et critères justifiant le traitement.</p> <p>Case « Rapport médical en annexe » à cocher si rapport médical joint.</p>
5	60,0*45,0	Arial 9	Nature du traitement*	<p>Indication de la nature du traitement prescrit, précédé d'un numéro conformément à la liste ci-après :</p> <p>1 - Consultation</p> <p>2 - Examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)</p> <p>3 - Traitement ambulatoire</p> <p>4 - Traitement stationnaire</p> <p>5 - Cure thermale</p>
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*	<p>Intervalle de la durée :</p> <p>1 - jour(s)</p> <p>2 - semaine(s)</p> <p>3 - mois</p>
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-

				<p>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 1ère partie des statuts de la Caisse nationale de santé.</p> <p>La case « Ordonnance médicale demandant un mode de transport autre que le transport public » est à cocher si ordonnance médicale jointe.</p>
10	191,0*42,5		Indication « Attestation médicale »*	<p>1 - 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.</p> <p>2 - 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.</p> <p>3 - 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.</p>
11	191,0*70,0	Arial 9	Avis administratif / avis médical	Zone réservée à l'administration CNS ou Contrôle médical de la sécurité sociale.
12	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 » au système d'information de la sécurité sociale, la présente ordonnance est à envoyer à : 1) CNS – Service « Transfert à l'étranger » L-2980 Luxembourg 2)

				tae.cns@secu.lu 4309	3) Fax : (+352) 2757 4309
--	--	--	--	-------------------------	------------------------------

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

Art. 90. Un exemple d'une « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » est repris ci-après :

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com		Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	Page 1/2
		<réservé CNS> 	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger			
Date d'établissement : 25/06/2024		N° d'ordonnance : 2024060001	
1) Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger : Hôpital – oncologiepédiatrique – N° et rue F-XXXX Paris			
2) Diagnostic précis moyennant codification ICD10 / CIM10 : C419 (ou plus récente)			
3) Équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée :			
4) Motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement (<input checked="" type="checkbox"/> Rapport médical en annexe) : Prise en charge thérapeutique non réalisable au Luxembourg			
5) Nature du traitement	Date prévue du début (si connue)	Durée probable :	Intervalle
<input checked="" type="checkbox"/> Consultation	31/07/2024	6	mois
<input checked="" type="checkbox"/> Examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)	31/07/2024	6	mois
<input checked="" type="checkbox"/> Traitement ambulatoire	31/07/2024	6	mois
<input checked="" type="checkbox"/> Traitement stationnaire	31/07/2024	6	mois
<input type="checkbox"/> Cure thermale			
6) Moyen de transport si le déplacement par un moyen de transport public est contre-indiqué du point de vue médical : 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 1ère partie des statuts de la Caisse nationale de santé (<input type="checkbox"/> Ordonnance médicale demandant un mode de transport autre que le transport public)			
<small>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/.</small>			

N° d'ordonnance : 2024060001		Matricule : 1966053061567	Page 2/2
<p>7) Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée (à cocher la case qui convient) :</p> <p><input type="checkbox"/> a) 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.</p> <p><input type="checkbox"/> b) 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.</p> <p><input type="checkbox"/> c) 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.</p>			
Avis administratif de la CNS		Date	Signature
Conditions de prise en charge administratives remplies		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prestataire conventionné		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avis médical du CMSS			
<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus			
Motivation			
<p>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 » au système d'information de la sécurité sociale, la présente ordonnance est à envoyer à :</p> <p>1) CNS – Service « Transfert à l'étranger » L-2980 Luxembourg 2) tae.cns@secu.lu 3) Fax : (+352) 2757 4309</p>			
Remarque(s) :		Signature du prestataire	
<p>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/.</p>			

Ordonnance médicale

Art. 91. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services pour lesquels aucune modalité spécifique de prescription n'est prévue aux articles Art. 42 à Art. 90, le prestataire prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'Art. 39, 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.

Art. 92. Un exemple d'une « Ordonnance médicale » est repris ci-après :

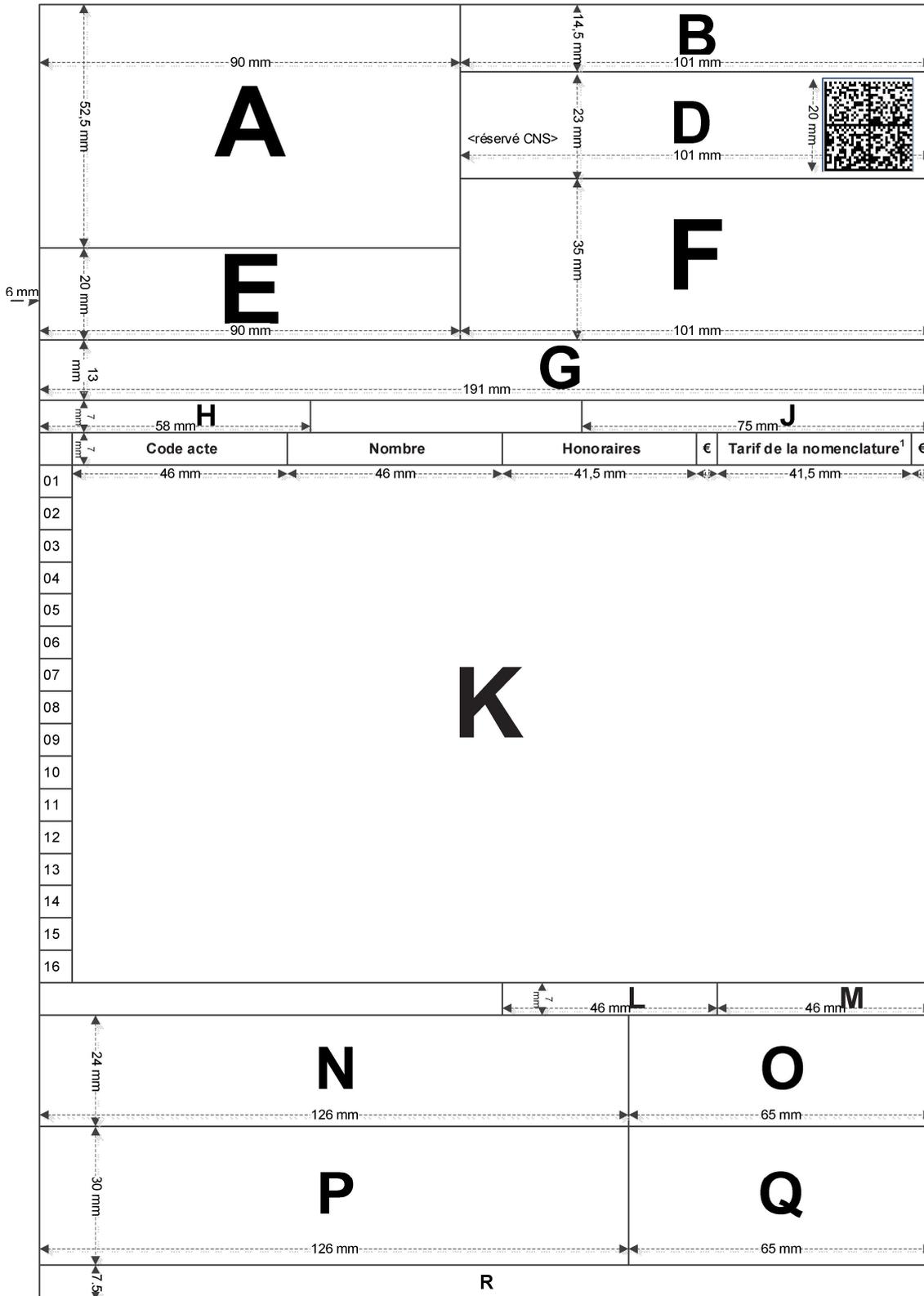
Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire prescripteur : <Code prestataire m>
	<réservé CNS> 
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>	Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
Titre	
Date d'établissement : XX/XX/20XX	Date d'expiration : XX/XX/20XX
N° d'ordonnance : XXXXXXXXXXX	
<Texte libre>	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire prescripteur : 90XXXXXX	
	<réservé CNS>	
	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		
Ordonnance médicale		
Date d'établissement : 29/07/2024	Date d'expiration : 30/10/2024	N° d'ordonnance : 2024070001
Texte libre		
Remarque(s) :		Signature du prestataire
<small>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/.</small>		

Chapitre III: Devis dentaires

Section 1 : Devis pour traitement orthodontique

Art. 93. La mise en page du devis pour traitement orthodontique doit correspondre aux modalités suivantes :



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

Zon e	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire*	Le code prestataire du prestataire remplissant le devis (code à 8 positions attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 15 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées d'ordonnances médicales transmises au système d'information de la sécurité sociale.
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé du devis*	« Devis pour traitement orthodontique »
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	Inscription de la date de l'établissement du devis. Date : JJ/MM/AAAA
J	75,0*7,0	Arial 9	N° du devis*	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.
	46,0*7,0	Arial 9	Code acte*	Indication du code acte que le prestataire se propose de réaliser et de mettre en compte. Chaque indication distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique.
	46,0*7,0	Arial 9	Nombre acte*	Indication du nombre de fois que la position est prévue être mise en compte.
	46,0*7,0	Arial 9	Honoraires*	Indication des honoraires du code acte que le prestataire se propose de mettre en compte.
	46,0*7,0	Arial 9	Tarif de la nomenclature*	Indication du tarif de la nomenclature à la date d'établissement du devis.
	4,5*7,0	Arial 9	Largeur colonne « Devise »	En « EUR ».

L	46,0*7,0	Arial 9 Bold	Total*	Indication du total des honoraires que le prestataire se propose de mettre en compte.
M	46,0*7,0	Arial 9 Bold	Total*	Indication du total des tarifs de la nomenclature à la date d'établissement du devis.
	4,5*7,0	Arial 9	Largeur colonne « Devise »	En « EUR ».
N	126,0*24,0	Arial 9	Disclaimer*	Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.
M	65,0*24,0	Arial 9	Signature du patient	Le devis doit être signé par le patient ou son représentant légal. Le prestataire intègre le devis signé par le patient dans le dossier médical de celui-ci.
M	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre.
N	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	Le devis doit être signé par le prestataire au moment de l'établissement. La signature doit être accompagnée du cachet du prestataire prescripteur sur les versions papier des ordonnances médicales. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques. Une procuration ou une délégation de signature à une tierce personne est interdite.
O	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.

Avant toute appréciation médicale des demandes 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. 94. Un exemple d'un devis pour traitement orthodontique est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire m>
	<réservé CNS> 
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>	Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>

Titre

Date d'établissement : XX/XX/20XX		N° devis : XXXXXXXXXX				
	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
01	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
02	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
03	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
04	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
05	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
06	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
07	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
08	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
09	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
10	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
11	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
12	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
13	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
14	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
15	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
16	XXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
Total :			XXXXX,XX	€	Total :	XXXXX,XX €

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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 : http://cns.public.lu/.</small>	

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Cabinet médical N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire : 90XXXXXX
	<réserve CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

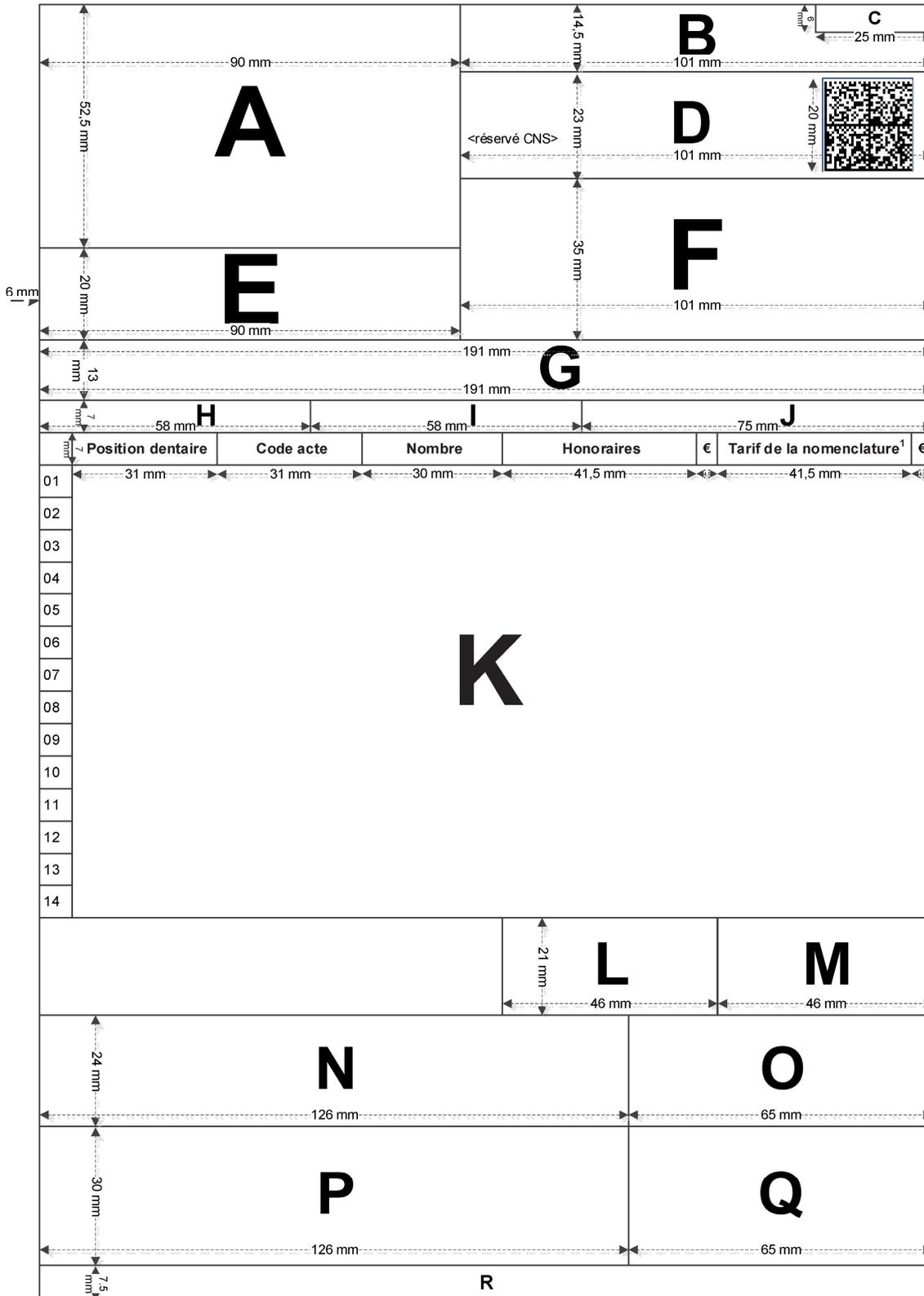
Devis pour traitement orthodontique

Date d'établissement : 30/07/2024		N° devis : 2024070001						
	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€		
01	DT41	1	600,00	€	558,90	€		
02	DT42	1	600,00	€	558,60	€		
03	DT43	1	750,00	€	702,30	€		
04				€		€		
05				€		€		
06				€		€		
07				€		€		
08				€		€		
09				€		€		
10				€		€		
11				€		€		
12				€		€		
13				€		€		
14				€		€		
15				€		€		
16				€		€		
			Total :	1950,00	€	Total :	1819,80	€

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Section 2 : Devis dentaire (hors orthodontie)

Art. 95. La mise en page du devis dentaire (hors orthodontie) doit correspondre aux modalités suivantes :



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 le devis (Code à 8 positions attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 15 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées d'ordonnances médicales transmises au système d'information de la sécurité sociale.
G	191,0*13,0	Arial Bold 14	Intitulé du devis*	« Devis dentaire »
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	Inscription de la date de l'établissement du devis. Date : JJ/MM/AAAA
J	75,0*7,0	Arial 9	N° du devis*	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
K	4,5*7,0	Arial 9	Largeur colonne « Devise »	En « EUR ».
		Arial Bold Centré 9	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 de la position dentaire.
	31,0*7,0	Arial 9	Code acte*	Indication du code acte que le prestataire se propose de réaliser et de mettre en compte. Chaque indication distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique.
	30,0*7,0	Arial 9	Nombre acte*	Indication du nombre de fois que la position est prévue être mise en compte.
	46,0*7,0	Arial 9	Honoraires*	Indication des honoraires du code acte que le prestataire se propose de mettre en compte.
	46,0*7,0	Arial 9	Tarif de la nomenclature*	Indication du tarif de la nomenclature à la date d'établissement du devis.

L	4,5*7,0	Arial 9	Largeur colonne « Devise »	En « EUR ».
	46,0*7,0	Arial 9	Sous-total	Indication du sous-total des honoraires que le prestataire se propose de mettre en compte. Obligatoire en cas de devis dentaire (hors orthodontie) à plusieurs pages.
	46,0*7,0	Arial 9	Report	Somme de tous sous-totaux des honoraires des pages 2, 3, ... Obligatoire en cas de devis dentaire (hors orthodontie) à plusieurs pages.
	46,0*7,0	Arial Bold 9	Total*	Indication du total des honoraires que le prestataire se propose de mettre en compte.
M	4,5*7,0	Arial 9	Largeur colonne « Devise »	En « EUR ».
	46,0*7,0	Arial 9	Sous-total	Indication du sous-total des tarifs de la nomenclature à la date d'établissement du devis. Obligatoire en cas de devis dentaire (hors orthodontie) à plusieurs pages.
	46,0*7,0	Arial 9	Report	Somme de tous sous-totaux des tarifs de la nomenclature des pages 2, 3, ... Obligatoire en cas de devis dentaire (hors orthodontie) à plusieurs pages.
	46,0*7,0	Arial Bold 9	Total*	Indication du total des tarifs de la nomenclature à la date d'établissement du devis.
N	126,0*24,0	Arial 9	Disclaimer*	Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.
O	65,0*24,0	Arial 9	Signature du patient	Le devis doit être signé par le patient ou son représentant légal. Le prestataire intègre le devis signé par le patient dans le dossier médical de celui-ci.
P	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre.
Q	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	Le devis doit être signé par le prestataire au moment de l'établissement.

				<p>La signature doit être accompagnée du cachet du prestataire prescripteur sur les versions papier des ordonnances médicales. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques.</p> <p>Une procuration ou une délégation de signature à une tierce personne est interdite.</p>
R	191,0*7,5	Arial Centré	7	Mention légale*
				<p>« 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/. »</p>

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

Avant toute appréciation médicale des demandes 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. 96. Un exemple d'un devis dentaire (hors orthodontie) sur une page est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire m>
	<réservé CNS> 
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>	Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>

Titre

Date d'établissement : XX/XX/20XX		Date d'expiration : XX/XX/20XX		N° devis : XXXXXXXXXXXX			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
01	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
02	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
03	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
04	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
05	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
06	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
07	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
08	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
09	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
10	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
11	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
12	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
13	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
14	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
				Sous-total :	XXXXX,XX €	Sous-total :	XXXXX,XX €
				Report :	XXXXX,XX €	Report :	XXXXX,XX €
				Total :	XXXXX,XX €	Total :	XXXXX,XX €

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature du patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité

Devis dentaire

Date d'établissement : 30/07/2024		Date d'expiration :		N° devis : 2024070001			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
01	MS	DA11	1	250,00	€	229,70	€
02	MS	DA22	1	200,00	€	184,50	€
03	12	DA31	1	100,00	€	55,60	€
04	13	DA44	1	100,00	€	58,90	€
05					€		€
06					€		€
07					€		€
08					€		€
09					€		€
10					€		€
11					€		€
12					€		€
13					€		€
14					€		€
				Sous-total :	€	Sous-total :	€
				Report :	€	Report :	€
				Total :	650,00	Total :	528,70

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature du patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire

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/>.

Art. 97. Dans les cas où le prestataire établit un devis dentaire (hors orthodontie) sur plusieurs pages, comportant chacun 14 lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

- 1) Les pages suivant la première page ont la même structure que la première page, définie à Art. 95 ;
- 2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages (zone C : exemple « Page 1/3 ») ;
- 3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page ;
- 4) Les zones L et M sur toutes les pages à l'exception de la dernière page ne contiennent que le sous-total ;
- 5) Le champ « Report » se trouve sur toutes les pages à l'exception de la première page (zones L et M) et reprend la somme des sous-totaux des pages précédentes ;
- 6) Les zones N, O, P et Q figurent uniquement sur la dernière page.

Art. 98. Un exemple d'un devis dentaire (hors orthodontie) sur plusieurs pages est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire m>	Page 1/2
	<réservé CNS> 	Assuré : <NOM-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>		

Titre

Date d'établissement : XX/XX/20XX		Date d'expiration : XX/XX/20XX		N° devis : XXXXXXXXXXXX			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
01	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
02	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
03	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
04	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
05	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
06	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
07	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
08	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
09	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
10	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
11	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
12	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
13	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
14	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
				Sous-total :	XXXXX,XX €	Sous-total :	XXXXX,XX €

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire-m>	Page 2/2
	<réservé CNS>	
Matricule : <Matricule-p> Patient : <NOM-P> <Prenom-p> N° Accident : <Num.accident-p> Date Accident : <Date.accident-p>	Assuré : <NOM-D> <Prénom-d> <Adresse-d 1> <Adresse-d 2> <Adresse-d 3> <Pays-d>-<Code-d> <Ville-d>	

Titre

Date d'établissement : XX/XX/20XX		Date d'expiration : XX/XX/20XX		N° devis : XXXXXXXXXXXX			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
15	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
16	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
17	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
18	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
19	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
20	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
21	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
22	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
23	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
24	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
25	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
26	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
27	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
28	XX	XXXXX	XX	XXXXX,XX	€	XXXXX,XX	€
				Sous-total :	XXXXX,XX €	Sous-total :	XXXXX,XX €
				Report :	XXXXX,XX €	Report :	XXXXX,XX €
				Total :	XXXXX,XX €	Total :	XXXXX,XX €

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature du patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire : 90XXXXXX	Page 1/2
	<réserve CNS>	
	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :		

Devis dentaire

Date d'établissement : 30/07/2024		Date d'expiration :		N° devis : 2024070001			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
01	17	DA31	1	55,60	€	55,60	€
02	16	DA31	1	55,60	€	55,60	€
03	16	DA45	1	180,40	€	58,90	€
04	15	DA31	1	55,60	€	55,60	€
05	14	DA31	1	55,60	€	55,60	€
06	13	DA31	1	55,60	€	55,60	€
07	13	DA45	1	180,40	€	58,90	€
08	12	DA31	1	55,60	€	55,60	€
09	11	DA31	1	55,60	€	55,60	€
10	21	DA31	1	55,60	€	55,60	€
11	22	DA31	1	55,60	€	55,60	€
12	23	DA31	1	55,60	€	55,60	€
13	23	DA45	1	180,40	€	58,90	€
14	24	DA31	1	55,60	€	55,60	€
				Sous-total :	1 152,80 €	Sous-total :	788,30 €

Dr NOM Prénom Médecin dentiste Centre Hospitalier N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecindentiste.com	Code prestataire : 90XXXXXX	Page 2/2
	<réservé CNS>	
Matricule : 1966053061567 Patient : NOM Prénom N° Accident : Date Accident :	NOM Prénom N° et rue L-XXXX Localité	

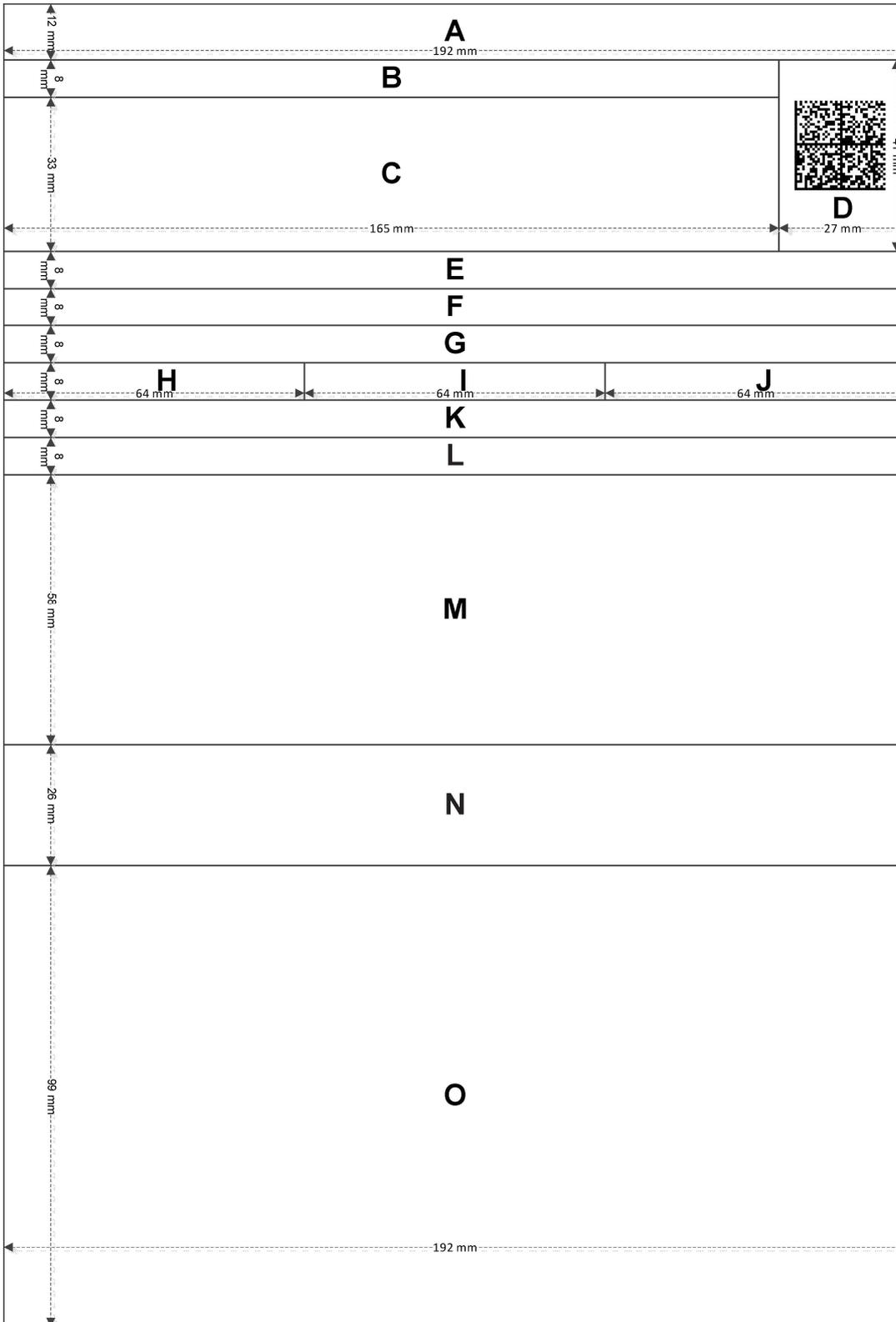
Devis dentaire

Date d'établissement : 30/07/2024		Date d'expiration :		N° devis : 2024070001			
	Position dentaire	Code acte	Nombre	Honoraires	€	Tarif de la nomenclature ¹	€
15	25	DA31	1	55,60	€	55,60	€
16	26	DA31	1	55,60	€	55,60	€
17	26	DA45	1	180,40	€	58,90	€
18	27	DA31	1	55,60	€	55,60	€
19	MS	DA13	1	2000,00	€	229,70	€
20	MS	DA23	1	500,00	€	184,50	€
21					€		€
22					€		€
23					€		€
24					€		€
25					€		€
26					€		€
27					€		€
28					€		€
				Sous-total :	2847,20 €	Sous-total :	639,90 €
				Report :	1152,80 €	Report :	788,30 €
				Total :	4000,00 €	Total :	1428,20 €

¹ Le montant indiqué dans la colonne « Tarif de la nomenclature » correspond à celui en vigueur à la date de l'établissement du devis. Sur la facture, le tarif appliqué sera celui en vigueur à la date de la prestation.	Signature du patient
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Chapitre IV : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 99. La mise en page de la feuille de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) doit correspondre aux modalités suivantes :



Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	192,0*12,0	Arial Bold Centré 14	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 9, alinéa 8 de la convention, 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 datamatrix conforme à Art. 16 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées RCP transmises au système d'information de la sécurité sociale.
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 rapporteur figure en position 1)	Titre
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.

La « feuille de présence de la RCP » est limitée à une (1) page.

Art. 100. Un exemple d'une « feuille de présence de la RCP » est repris ci-après :

Feuille de présence de la RCP : XXXXXXXXX

N° de la feuille de présence de la RCP :				
Données/étiquette de la personne protégée			 <réservé CNS>	
Matricule :	<Matricule-p>			
Prénom :	<Prenom-p>			
Nom :	<Nom-p>			
À : Caisse nationale de santé - Service prestations des médecins				
De : Médecin rapporteur RCP				
Objet : Compte-rendu de la RCP				
Date de la RCP : XX/XX/20XX		Heure de début : XX:XX	Heure de fin : XX:XX	
Lieu de la RCP : <input type="checkbox"/> CHDN <input type="checkbox"/> CHEM <input type="checkbox"/> CHL <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> Autre : XXX				
Les médecins ayant contribué à la décision sont (maximum autorisé = 6 et minimum = 3 ; médecin rapporteur figure en position 1) :				
	Code prestataire	Nom	Spéc. médicale	Présence Effective Vidéoc.
1.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	90XXXXXX			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Le médecin rapporteur certifie que: <ul style="list-style-type: none"> • 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.				
Date : XX/XX/20XX			Signature du médecin rapporteur	

Feuille de présence de la RCP : Nouveau diagnostic

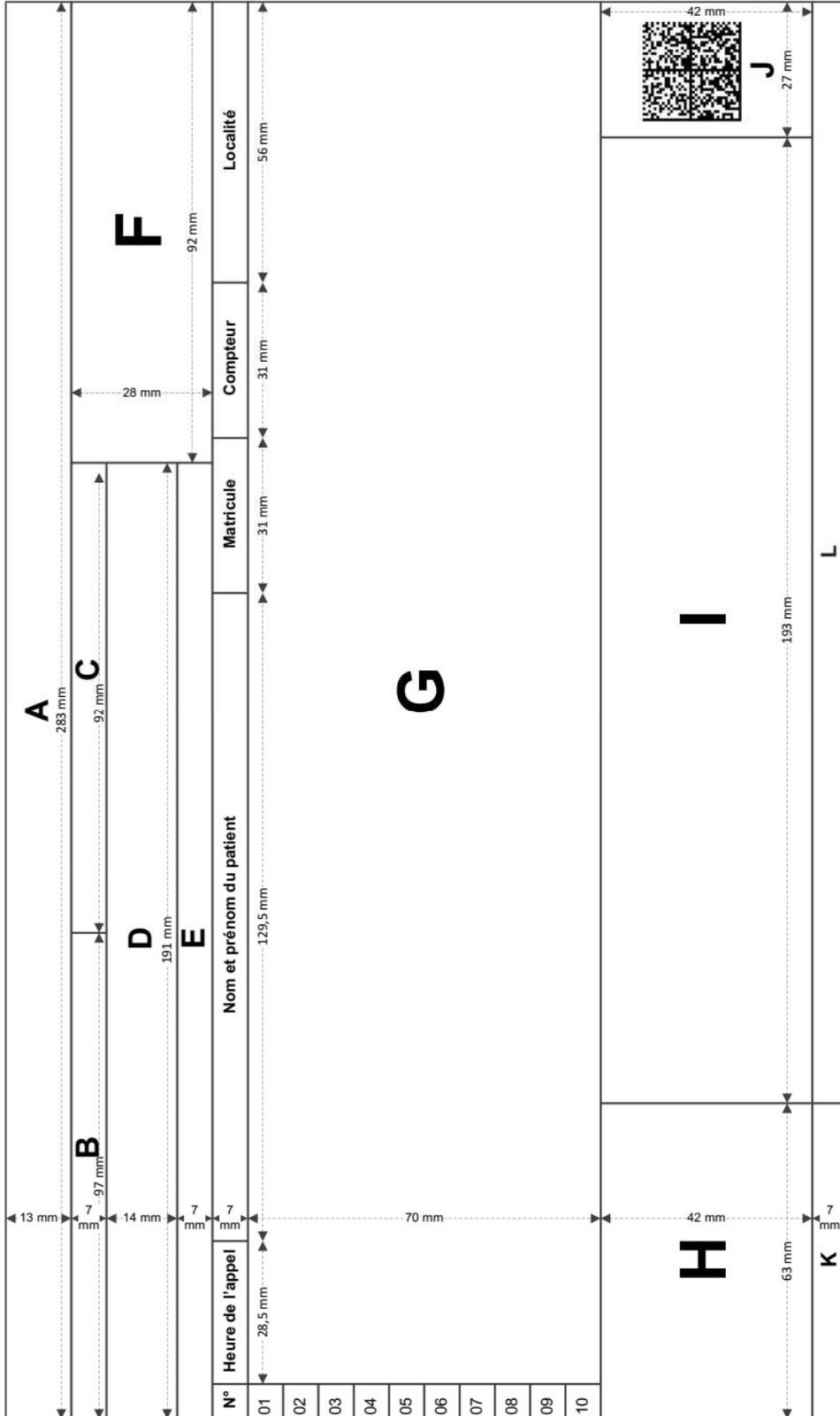
N° de la feuille de présence de la RCP :		 <réservé CNS>			
Données/étiquette de la personne protégée					
Matricule :	1966053061567				
Prénom :	Prénom				
Nom :	Nom				
À : Caisse nationale de santé - Service prestations des médecins					
De : Médecin rapporteur RCP					
Objet : Compte-rendu de la RCP					
Date de la RCP : 06/08/2024	Heure de début : 18:15	Heure de fin : 20:00			
Lieu de la RCP : <input type="checkbox"/> CHDN <input type="checkbox"/> CHEM <input checked="" type="checkbox"/> CHL <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> Autre :					
Les médecins ayant contribué à la décision sont (maximum autorisé = 6 et minimum = 3 ; médecin rapporteur figure en position 1) :					
	Code prestataire	Nom	Spéc. médicale	Présence Effective Vidéoc.	
1.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P1)	Gynécologie obstétrique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Oncologie médicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Radiodiagnostic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Gynécologie obstétrique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Anatomie pathologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Le médecin rapporteur certifie que: <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>					
Date : 06/08/2024			Signature du médecin rapporteur		

Feuille de présence de la RCP : Follow up

N° de la feuille de présence de la RCP :		 <réservé CNS>			
Données/étiquette de la personne protégée					
Matricule :	1966053061567				
Prénom :	Prénom				
Nom :	Nom				
À : Caisse nationale de santé - Service prestations des médecins					
De : Médecin rapporteur RCP					
Objet : Compte-rendu de la RCP					
Date de la RCP : 06/08/2024	Heure de début : 18:15	Heure de fin : 20:00			
Lieu de la RCP : <input type="checkbox"/> CHDN <input type="checkbox"/> CHEM <input checked="" type="checkbox"/> CHL <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> Autre :					
Les médecins ayant contribué à la décision sont (maximum autorisé = 6 et minimum = 3 ; médecin rapporteur figure en position 1) :					
	Code prestataire	Nom	Spéc. médicale	Présence Effective Vidéoc.	
1.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P1)	Gynécologie obstétrique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Oncologie médicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Radiodiagnostic	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Gynécologie obstétrique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	90XXXXXX	Dr Nom Prénom (P2)	Anatomie pathologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Le médecin rapporteur certifie que: <ul style="list-style-type: none"> 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.					
Date : 06/08/2024			Signature du médecin rapporteur		

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

Art. 101. En cas de mise en compte d'indemnités horo-kilométriques (K2) par le médecin qui en bénéficie à charge de la CNS au motif qu'il assume le service de remplacement des médecins généralistes dans un centre de permanence, dit « Maison médicale », tel que prévu à la convention portant organisation du service de remplacement de nuit, des fins de semaine et des jours fériés des médecins-généralistes conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg en date du 14 décembre 2010, le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :



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	42,0*7,0	Arial 9	Largeur Intitulés zone D	
	50,0*7,0	Arial 9	Région*	1 - Nord 2 - Centre 3 - Sud
	50,0*7,0	Arial 9	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
	50,0*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.
	50,0*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 9, alinéa 8 de la convention, 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 de prestataire*	Signature du prestataire ou de son délégué autorisé.
J	27,0*42,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 17 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées d'ordonnances médicales transmises au système d'information de la sécurité sociale.
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

Art. 102. Un exemple d'un décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale est repris ci-après :

Service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale									
N° du décompte des indemnités horokilométriques : 2024072601		Plage horaire : <input type="checkbox"/> 08 à 16 <input type="checkbox"/> 16 à 24 <input checked="" type="checkbox"/> 20 à 24 <input type="checkbox"/> 00 à 07			Région : <input type="checkbox"/> Nord <input checked="" type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Sud				
Nom du médecin : NOM Prénom					Code prestataire facturier : 90XXXXXX				
Nom de l'accompagnateur : NOM Prénom					Code prestataire exécutant : 90XXXXXX				
Plaque voiture : AB1234		<input type="checkbox"/> Voiture personnelle <input checked="" type="checkbox"/> Voiture de service			Date du service : Du 26/07/2024 au				
N°	Heure de l'appel	Nom et prénom du patient			Matricule	Compteur	Localité		
01	20:04	NOM Prénom patient 1			200707XXXXXXXXXX	11378	Luxembourg		
02	21:10	NOM Prénom patient 2			195203XXXXXXXXXX	11401	Aizingen		
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
Compteur début (km) :		11348			Signature du prestataire :				
Compteur fin (km) :		11405			 <réserve CNS>				
Sous-total :		57							
Privé médecin aller :		10							
Privé médecin retour :		10							
TOTAL des km à répartir :		77							
Nombre de pages du décompte :		01/01			Ce décompte est à transmettre à la CNS - Service Prestations des médecins				

Art. 103. L'Association des médecins et médecins-dentistes communique à la CNS une liste des médecins participant au service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale. Les mises à jour de cette liste montrant les ajouts et suppressions sont pareillement communiquées à la CNS dès leur mise en vigueur.

Les médecins ne figurant pas sur la liste n'ont pas droit au bénéfice des indemnités horokilométriques dans le cadre du présent chapitre.

Section 1 : Généralités

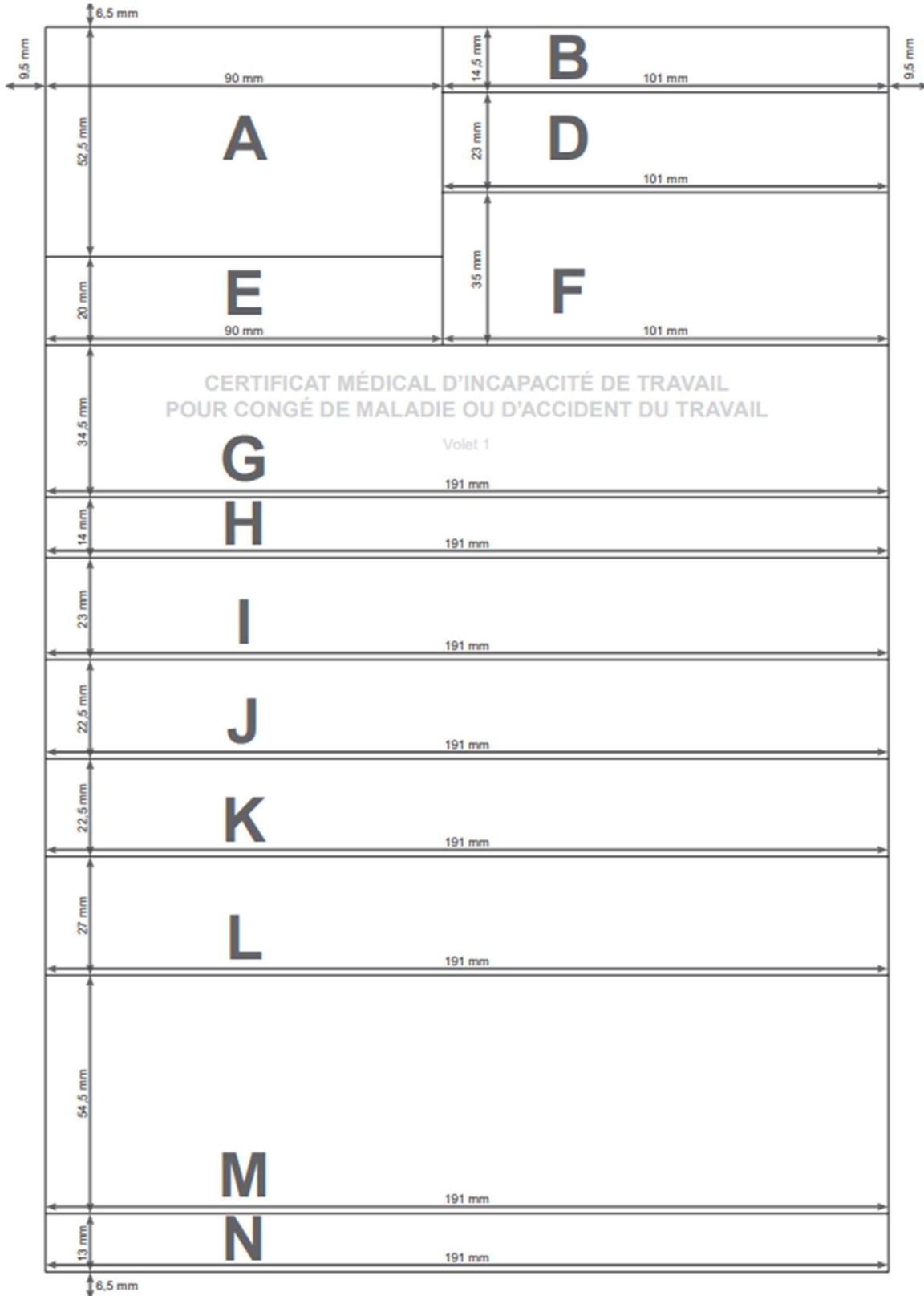
Art. 104. Il existe trois types de CIT :

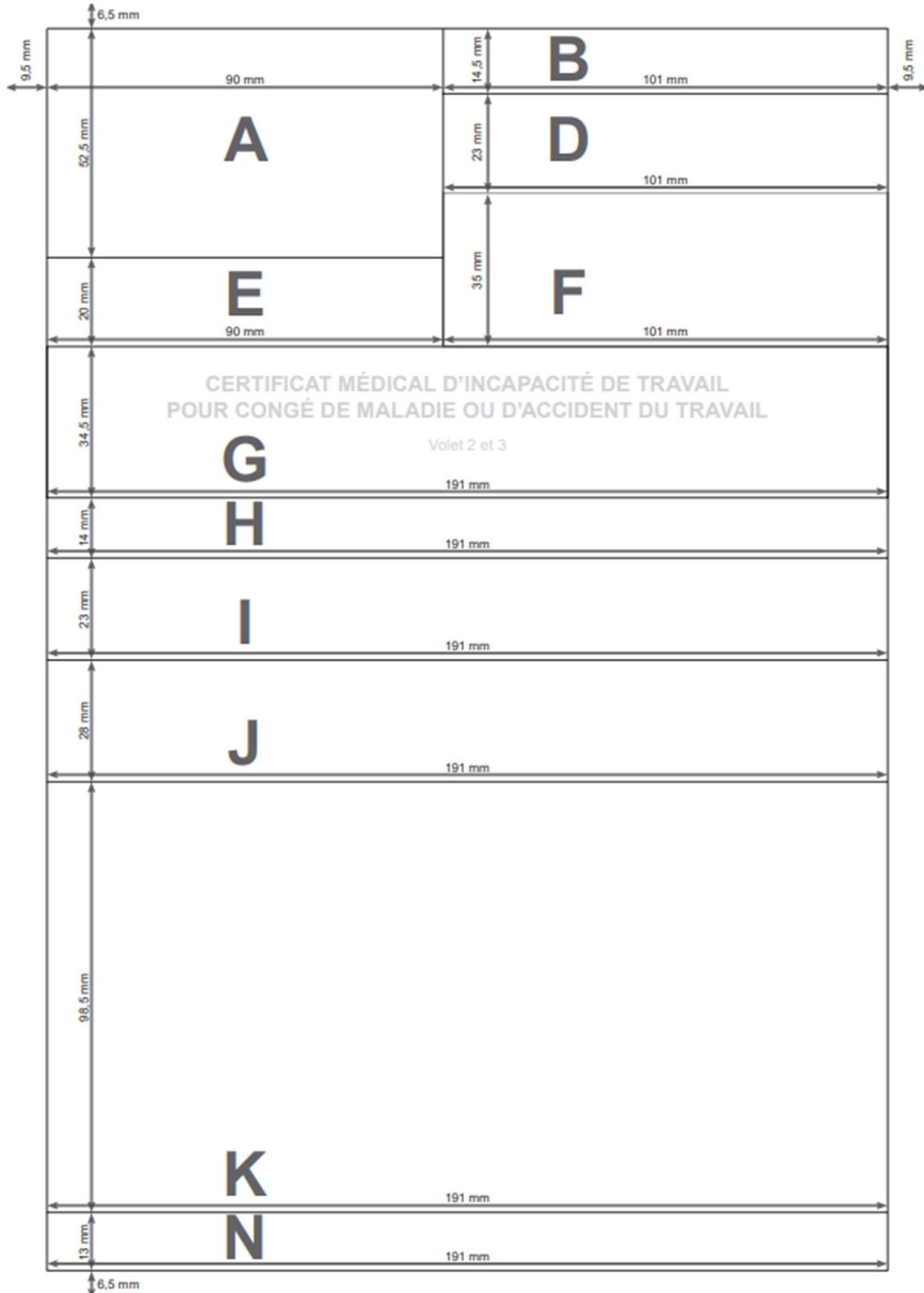
- le « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail »,
- le « Certificat médical de congé pour raisons familiales », et
- le « Certificat médical de congé de maternité ».

Chaque formule standardisée de CIT est composée de trois volets.

Section 2 : Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail

Art. 105. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail, le prestataire utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :





Volet 1 :

Les zones A, 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 le CIT (8 positions, code attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à Art. 18 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées de CIT transmises au système d'information de la sécurité sociale.
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Nombre volet : Arial 10	Intitulé du CIT* Nombre du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident de travail » « Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente ⁽¹⁾ »
H	191,0*14,0	Arial 11	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*	Code diagnostic : code à deux chiffres conformément à Art. 106, ou, à défaut, code ICD10. 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*	<p>« 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⁾. »</p> <p>Cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».</p> <p>« Date de l'acte de la tierce personne » : JJ/MM/AAAA</p>
L	191,0*27,0	Arial 11	Date d'établissement du CIT et signature du prestataire*	<p>« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA</p> <p>« Signature du prestataire : »</p>
M	191,0*54,5	Arial 8	Informations légales	<p>« (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.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : »</p> <p>Un code datamatrix 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.</p> <p>« (2) Cas 1 : Radiothérapie ou chimiothérapie classique en cours.</p>

				<p>Cas 2 : Transplantation d'organe / greffe de moelle il y a moins de 3 mois.</p> <p>Cas 3 : Patient hospitalisé depuis 3 semaines en continu à la date du certificat.</p> <p>(3) Veuillez dire au patient de remplir le formulaire y relatif disponible sur : www.cns.lu ».</p> <p>« 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. »</p>
N	191,0*13,0	Arial 7	Mention légale	<p>« 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/».</p>

Art. 106. Le tableau ci-après prévoit les codes à deux chiffres tels que définis à l'article 45, alinéa 7 de la convention :

Code à deux chiffres	Classification ICD10	Libellé de la classification ICD10
Affections neurologiques		
00	H81.1	Vertige bénin paroxystique
01	G43.9	Migraine, sans précision
02	I64	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
03	F03	Démence, sans précision
04	G20	Maladie de Parkinson
05	G35	Sclérose en plaques
06	G56.0	Syndrome du canal carpien
07	G64	Autres affections du système nerveux périphérique
Maladies transmissibles		
08	J11.1	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus non identifié

09	A09	Autres gastroentérites et colites d'origine infectieuse et non précisée
10	B00.9	Infection due au virus de l'herpès, sans précision
11	B24	Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision
12	U07.10	COVID-19, forme respiratoire, virus identifié
Maladies du tube digestif		
13	K28	Ulcère gastrojéjunal
14	K58	Syndrome de l'intestin irritable
15	K57	Diverticulose de l'intestin
16	K50.9	Maladie de Crohn, sans précision
17	K51.9	Rectocolite hémorragique, sans précision
Hépto-pancréatologie		
18	K74	Fibrose et cirrhose du foie
19	K71.2	Maladie toxique du foie avec hépatite aiguë
20	K81.0	Cholécystite aiguë
21	K85.9	Pancréatite aiguë, sans précision
Maladies de la peau		
22	T14.1	Plaie ouverte d'une partie du corps non précisée
23	A46	Erysipèle
24	L20.9	Dermite atopique, sans précision
25	L50.9	Urticaire, sans précision
26	L40.9	Psoriasis, sans précision
Maladies ostéo-articulaires		
27	T14.2	Fracture d'une partie du corps non précisée
28	M79.0	Rhumatisme, sans précision
29	M15	Polyarthrose
30	M51.9	Atteinte d'un disque intervertébral, sans précision
31	M77.9	Enthésopathie, sans précision
32	T14.0	Lésion traumatique superficielle d'une partie du corps non précisée
Appareil uro-génital		
33	N17.9	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
34	N18.9	Insuffisance rénale chronique, sans précision
35	N20.9	Calcul urinaire, sans précision
36	N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé
37	N13.6	Pyonéphrose (comprend pyélonéphrite)
ORL		

38	J01.9	Sinusite aiguë, sans précision
39	H66.9	Otite moyenne, sans précision
40	H93.1	Acouphènes
41	J02.9	Pharyngite aiguë, sans précision
Hématologie		
42	D64.9	Anémie, sans précision
43	D47.4	Ostéomyélofibrose
Ophtalmologie		
44	H20.9	Iridocyclite, sans précision
45	H40.9	Glaucome, sans précision
46	H46	Névrite optique
47	H33.2	Décollement séreux de la rétine
Endocrinologie		
48	E14	Diabète sucré, sans précision
49	E05.9	Thyréotoxicose, sans précision
50	E03.9	Hypothyroïdie, sans précision
Cardio-vasculaire		
51	I25.1	Cardiopathie artérioscléreuse
52	I35.1	Insuffisance (de la valvule)aortique
53	I05.8	Autres maladies de la valvule mitrale
54	I35.0	Sténose (de la valvule) aortique
55	I05.0	Sténose mitrale
56	I49.9	Arythmie cardiaque, sans précision
57	I77.6	Artérite, sans précision
58	I83	Varices des membres inférieurs
59	I21.3	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
60	I31.9	Maladie du péricarde, sans précision
61	I10	Hypertension essentielle (primitive)
62	I27.0	Hypertension pulmonaire primitive
63	I50.9	Insuffisance cardiaque, sans précision
Affections gynécologiques et obstétricales		
64	Z32.1	Grossesse confirmée
65	N61	Affections inflammatoires du sein
66	N73.9	Affection inflammatoire pelvienne de la femme, sans précision
Pneumologie		

67	J18.0	Bronchopneumopathie, sans précision
68	J20.9	Bronchite aiguë, sans précision
69	J42	Bronchite chronique, sans précision
70	J45.9	Asthme, sans précision
71	J96.9	Insuffisance respiratoire, sans précision
72	I26.9	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu
Psychiatrie		
73	Z72.2	Utilisation de drogues
74	F32.9	Épisode dépressif, sans précision
75	F29	Psychose non organique, sans précision
76	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
77	F10.2	Syndrome de dépendance à l'égard de l'alcool
Oncologie		
78	C18.9	(Tumeur maligne du) Côlon, sans précision
79	C16.9	(Tumeur maligne de l') Estomac, sans précision
80	C15.9	(Tumeur maligne de l') Œsophage, sans précision
81	C26.0	(Tumeur maligne du) Tractus intestinal, partie non précisée
82	C25.9	(Tumeur maligne du) Pancréas, sans précision
83	C21.1	(Tumeur maligne du) Canal anal
84	C22.9	(Tumeur maligne du) Foie, sans précision
85	C24.9	(Tumeur maligne des) Voies biliaires, sans précision
86	C34.9	(Tumeur maligne de) Bronche ou poumon, sans précision
87	C39.9	(Tumeur maligne des) Sièges mal définis de l'appareil respiratoire
88	C50.9	(Tumeur maligne du) Sein, sans précision
89	C61	Tumeur maligne de la prostate
90	C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet
91	C67.9	(Tumeur maligne de la) Vessie, sans précision
92	C96.9	Tumeur maligne des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, sans précision
93	C49.9	(Tumeur maligne du) Tissu conjonctif et autres tissus mous, sans précision
94	C71.9	(Tumeur maligne de l') Encéphale, sans précision
95	C70	Tumeur maligne des méninges
96	C43.9	Mélanome malin de la peau, sans précision
97	C44.9	Tumeur maligne de la peau, sans précision

98	C56	Tumeur maligne de l'ovaire
99	C55	Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée

Volet 2 :

Les zones B, 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. 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 Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre 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*98,5	Arial 8	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

				<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dans le cas où l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, veuillez remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de votre incapacité de travail.</p> <p>L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS.</p> <p>Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu ».</p>
--	--	--	--	--

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 :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre du volet :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » « Volet 3 à garder par le patient ⁽¹⁾ ».

I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	<p>à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA</p> <p>Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».</p> <p>Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI ⁽²⁾ » ou la case « NON ⁽³⁾ ».</p>
M	191,0*98,5	Arial 8	Informations légales	<p>« (1) Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur www.cns.lu ou scanner ce code QR : »</p> <p>Un code datamatrix 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.</p> <p>« (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</p> <p>(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 »</p> <p>« 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.</p>

			<p>Les assurés déclarés incapables de travailler peuvent être soumis à un contrôle administratif par la CNS à leur domicile ou au lieu où ils séjournent pendant l'incapacité de travail. 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.</p> <p>Si votre incapacité de travail est consécutive à un acte d'une tierce personne, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. Par « acte d'une tierce personne » il y a lieu d'entendre non seulement le fait d'un tiers mais également le fait d'une chose appartenant à autrui ou sous la garde d'un tiers. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de votre incapacité de travail.</p> <p>L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS.</p> <p>Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu ».</p>
--	--	--	---

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

Art. 107. Un exemple d'un « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » est repris ci-après :

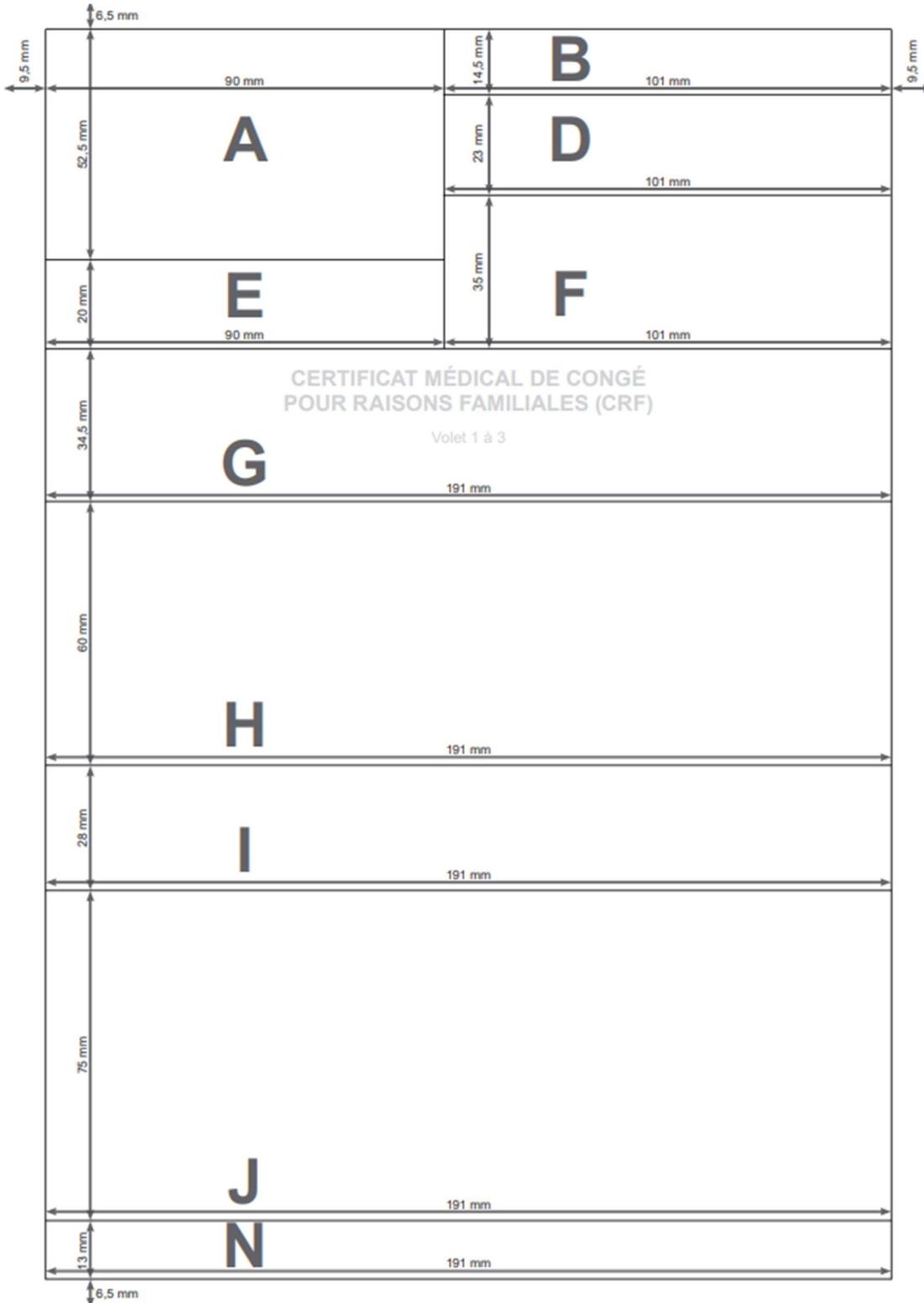
Dr <Nom-m> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire: <Code prestataire-m>
	<réservé CNS> 
	Patient: <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patient: <Nom-P> <Prenom-p> N° Accident: U-AAAA-XXXXX Date Accident: JJ MM AAAA	
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⁾	
Le patient mentionné ci-dessus a été examiné par le prestataire soussigné et a été trouvé incapable de travailler:	
à partir du: JJ MM AAAA	Hospitalisation: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
jusqu'au: JJ MM AAAA <small>(inclus)</small>	Sorties autorisées: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Code diagnostic: <input type="text"/>	Le patient se trouve dans un des cas repris au point (2)? OUI <input type="checkbox"/> N° du cas <input type="text"/> NON <input type="checkbox"/>
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⁾	
OUI <input type="checkbox"/> Date de l'acte de la tierce personne JJ MM AAAA NON <input type="checkbox"/>	
Date d'établissement du présent certificat: JJ MM AAAA	Signature du prestataire:
<small>(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 consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur: www.cns.lu ou scanner ce code QR:</small>	
<small>(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.</small>	
<small>(3) Veuillez dire au patient de remplir le formulaire y relatif disponible sur: www.cns.lu.</small>	
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.	
<small>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/.</small>	

Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire: <Code prestataire-m>
Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patient: <Nom-P> <Prenom-p> N° Accident: U-AAAA-XXXXX Date Accident: JJ MM AAAA	<réservé CNS> Patient : <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL Volet 2 à transmettre à l'employeur	
Le patient mentionné ci-dessus a été examiné par le prestataire soussigné et a été trouvé incapable de travailler :	
à partir du: JJ MM AAAA jusqu'au: JJ MM AAAA <small>(inclus)</small>	Hospitalisation: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sorties autorisées: OUI ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> NON ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>
Date d'établissement du présent certificat: JJ MM AAAA	Signature du prestataire:
<p>(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.</p> <p>(2) À 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dans le cas où l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, veuillez remplir le formulaire en ligne sur: www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de votre incapacité de travail.</p> <p>L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur: www.cns.lu.</p>	
<small>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/.</small>	

Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire-m> <réservé CNS>
Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patient: <Nom-P> <Prenom-p> N° Accident: U-AAAA-XXXXX Date Accident: JJ MM AAAA	Patient : <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL Volet 3 à garder par le patient ⁽¹⁾	
Le patient mentionné ci-dessus a été examiné par le prestataire soussigné et a été trouvé incapable de travailler:	
à partir du: JJ MM AAAA	Hospitalisation: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
jusqu'au: JJ MM AAAA (inclus)	Sorties autorisées: OUI ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> NON ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>
Date d'établissement du présent certificat: JJ MM AAAA	Signature du prestataire:
(1) Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur: www.cns.lu ou scanner ce code QR:	
	
(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) À 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.	
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 votre incapacité de travail est consécutive à un acte d'une tierce personne, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire en ligne sur: www.cns.lu . Par « acte d'une tierce personne » il y a lieu d'entendre non seulement le fait d'un tiers mais également le fait d'une chose appartenant à autrui ou sous la garde d'un tiers. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de votre incapacité de travail.	
L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur: www.cns.lu .	
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/ .	

Section 3 : Certificat médical de congé pour raisons familiales

Art. 108. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le prestataire utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :



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	Patient mineur Matricule du mineur	Nom et prénom du patient. Matricule du patient mineur. Sauf dans les cas prévus à l'article 9, alinéa 8 de la convention, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
F	101,0*35,0	Arial 9 Arial 8	Assuré* Matricule* Disclaimer*	Nom, prénom et adresse de la personne protégée Matricule de la personne protégée. Sauf dans les cas prévus à l'article 9, alinéa 8 de la convention, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA 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 Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre 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 du mineur 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 du

				mineur 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*75,0	Arial 8	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 3e 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 2e 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 consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code datamatrix 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.

				<p>« Plus d'informations sur : www.cns.lu ».</p> <p>« 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. »</p>
--	--	--	--	---

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 Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre du volet :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 2 à transmettre à l'employeur ⁽¹⁾ »
J	191,0*75,0	Arial 8	Informations légales	« 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 2e 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 :

				<ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} tranche d'âge: de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours - 2^e tranche d'âge : de 4 ans 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 <p>« (*) 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 3e tranche d'âge ne leur est pas applicable. »</p> <p>« Plus d'informations sur : www.cns.lu ».</p> <p>« (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. »</p>
--	--	--	--	---

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 :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre du volet :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 3 à garder par l'assuré »

J	191,0*75,0	Arial 8	<p>Informations légales</p> <p>« 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. »</p> <p>« 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) : »</p> <p>Un tableau reprend les 3 tranches d'âge avec la durée de jours de CRF respectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} tranche d'âge: de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours - 2^e tranche d'âge : de 4 ans 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 <p>« (*) 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. »</p> <p>« Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : »</p> <p>Un code datamatrix 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</p>
---	------------	---------	--

				<p>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.</p> <p>« Plus d'informations sur : www.cns.lu ».</p> <p>« (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. »</p>
--	--	--	--	--

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

Art. 109. Un exemple d'un « Certificat médical de congé pour raisons familiales » est repris ci-après:

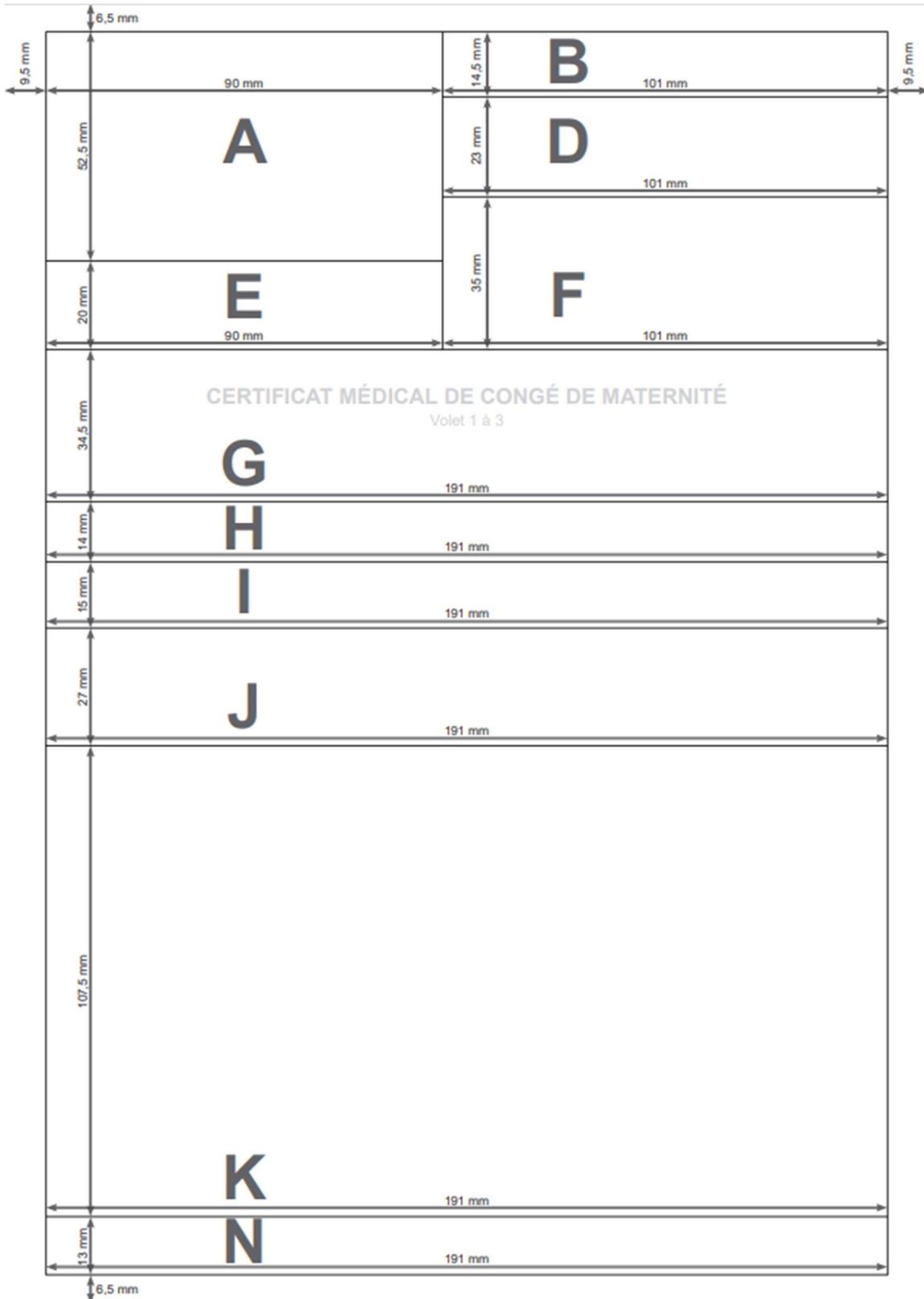
Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire: <Code prestataire-m>								
	<réservé CNS>								
Patient mineur (*): <Nom-P> <Prenom-p> Matricule du mineur (*): AAAA MM JJ XXXXX	Assuré: <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a> Matricule: AAAA MM JJ XXXXX 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.								
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES (CRF) Volet 2 à transmettre à l'employeur									
A) L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période du: JJ MM AAAA Hospitalisation: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> au: JJ MM AAAA									
B) Prorogation du CRF sur base de l'article L.234-52, dernier alinéa du Code du travail ⁽¹⁾ . L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période du: JJ MM AAAA au: JJ MM AAAA									
Date d'établissement du présent certificat: JJ MM AAAA	Signature du prestataire:								
<p>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.</p> <p>La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT</th> <th>DURÉE⁽¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^{re} tranche d'âge: de 0 ans à moins de 4 ans accomplis</td> <td>12 jours</td> </tr> <tr> <td>2^e tranche d'âge: de 4 ans à moins de 13 ans accomplis</td> <td>18 jours</td> </tr> <tr> <td>3^e tranche d'âge: de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé</td> <td>5 jours</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) 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.</p> <p>Plus d'informations sur: www.cns.lu.</p> <p>(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.</p> <p>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/.</p>		TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾	1 ^{re} tranche d'âge: de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours	2 ^e tranche d'âge: de 4 ans 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
TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾								
1 ^{re} tranche d'âge: de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours								
2 ^e tranche d'âge: de 4 ans 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								

<p>Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m></p> <p>Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m></p>	<p>Code prestataire : <Code prestataire-m></p> <hr/> <p><réservé CNS></p> <hr/> <p>Assuré : <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a></p> <hr/> <p>Matricule : AAAA MM JJ XXXXX 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.</p>								
<p>Patient mineur^(*) : <Nom-P> <Prenom-p> Matricule du mineur^(*) : AAAA MM JJ XXXXX</p>									
<p>CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES (CRF)</p> <p>Volet 3 à garder par l'assuré</p>									
<p>A) L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période</p> <p>du : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hospitalisation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>au : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>									
<p>B) Prorogation du CRF sur base de l'article L.234-52, dernier alinéa du Code du travail⁽¹⁾. L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période</p> <p>du : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> au : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>									
<p>Date d'établissement du présent certificat : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>	<p>Signature du prestataire :</p>								
<p>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.</p> <p>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) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT</th> <th style="text-align: left;">DURÉE⁽¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis</td> <td>12 jours</td> </tr> <tr> <td>2^e tranche d'âge : de 4 ans à moins de 13 ans accomplis</td> <td>18 jours</td> </tr> <tr> <td>3^e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé</td> <td>5 jours</td> </tr> </tbody> </table>		TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾	1 ^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours	2 ^e tranche d'âge : de 4 ans 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
TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾								
1 ^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours								
2 ^e tranche d'âge : de 4 ans 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								
<p>(*) 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.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR :</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Plus d'informations sur : www.cns.lu.</div>  </div> <p>(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.</p>									
<p>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/.</p>									

Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire : <Code prestataire-m> <réservé CNS> Assuré : <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a> Matricule : AAAA MM JJ XXXXX <small>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.</small>								
Patient mineur ^(*) : <Nom-P> <Prenom-p> Matricule du mineur ^(*) : AAAA MM JJ XXXXX									
<h3>CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES (CRF)</h3> <p>Volet 3 à garder par l'assuré</p>									
<p>A) L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période</p> <p>du : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hospitalisation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>au : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p> <p>B) Prorogation du CRF sur base de l'article L.234-52, dernier alinéa du Code du travail⁽¹⁾. L'état de santé du mineur examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période</p> <p>du : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> au : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>									
Date d'établissement du présent certificat : <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Signature du prestataire :								
<p><small>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.</small></p> <p>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) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT</th> <th style="text-align: left;">DURÉE⁽¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis</td> <td>12 jours</td> </tr> <tr> <td>2^e tranche d'âge : de 4 ans à moins de 13 ans accomplis</td> <td>18 jours</td> </tr> <tr> <td>3^e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé</td> <td>5 jours</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>(*) 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.</small></p> <p><small>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR :</small></p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="flex: 1;"> <p><small>Plus d'informations sur : www.cns.lu.</small></p> <p><small>(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.</small></p> </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;">  </div> </div> <p><small>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.</small></p>		TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾	1 ^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours	2 ^e tranche d'âge : de 4 ans 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
TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT	DURÉE ⁽¹⁾								
1 ^{re} tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis	12 jours								
2 ^e tranche d'âge : de 4 ans 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								

Section 4 : Certificat médical de congé de maternité

Art. 110. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé de maternité, le prestataire utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :



Volet 1 :

Les zones A, B, D, F 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
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre 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	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 maternité et signature du prestataire*	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »
K	191,0*107,5	Arial 8	Informations légales	« (1) Demande d'octroi du congé de maternité La patiente 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). La demande doit être accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante :

				<p>CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : »</p> <p>Un code datamatrix 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.</p> <p>« Plus d'informations sur : www.cns.lu ».</p> <p>« 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. »</p>
--	--	--	--	---

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 de maternité. Seules les zones D, G et K 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	Intitulé du certificat* Nombre du volet :	« Certificat médical de congé de maternité » « Volet 2 à transmettre à l'employeur »

		Nombre volet : Arial 10		
K	191,0*107,5	Arial 8	Informations légales	<p>« Durée du congé de maternité</p> <p>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.</p> <p>Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur : www.cns.lu.</p> <p>Conditions d'octroi</p> <p>Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins six mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.</p> <p>Demande d'octroi du congé de maternité</p> <p>La patiente 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). La demande doit être</p>

				<p>accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule).</p> <p>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.</p> <p>Plus d'informations sur : www.cns.lu.</p>
--	--	--	--	--

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 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 Nombre volet : Arial 10	Intitulé du certificat* Nombre 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 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 .

			<p>Conditions d'octroi</p> <p>Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins six mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.</p> <p>Demande d'octroi du congé de maternité</p> <p>La patiente 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). La demande doit être accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule).</p> <p>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.</p> <p>Après l'accouchement, une copie de l'acte de naissance du nouveau-né est à présenter à la CNS.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : »</p> <p>Un code datamatrix 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</p>
--	--	--	--

				<p>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.</p> <p>« Plus d'informations sur : www.cns.lu. »</p>
--	--	--	--	--

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

Art. 111. Un exemple d'un « Certificat médical de congé de maternité » est repris ci-après :

Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire: <Code prestataire-m>
Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patiente: <Nom-P> <Prenom-p>	<réservé CNS>  Patiente: <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente ⁽¹⁾	
La patiente mentionnée ci-dessus a été examinée par le prestataire soussigné et il a été constaté qu'elle est en état de grossesse.	
Date présumée de l'accouchement: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	
Date d'établissement du présent certificat: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Signature du prestataire:
<p>(1) Demande d'octroi du congé de maternité</p> <p>La patiente 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). La demande doit être accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule).</p> <p>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.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur: www.cns.lu ou scanner ce code QR: </p> <p>Plus d'informations sur: www.cns.lu.</p> <p>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.</p>	
<p>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/.</p>	

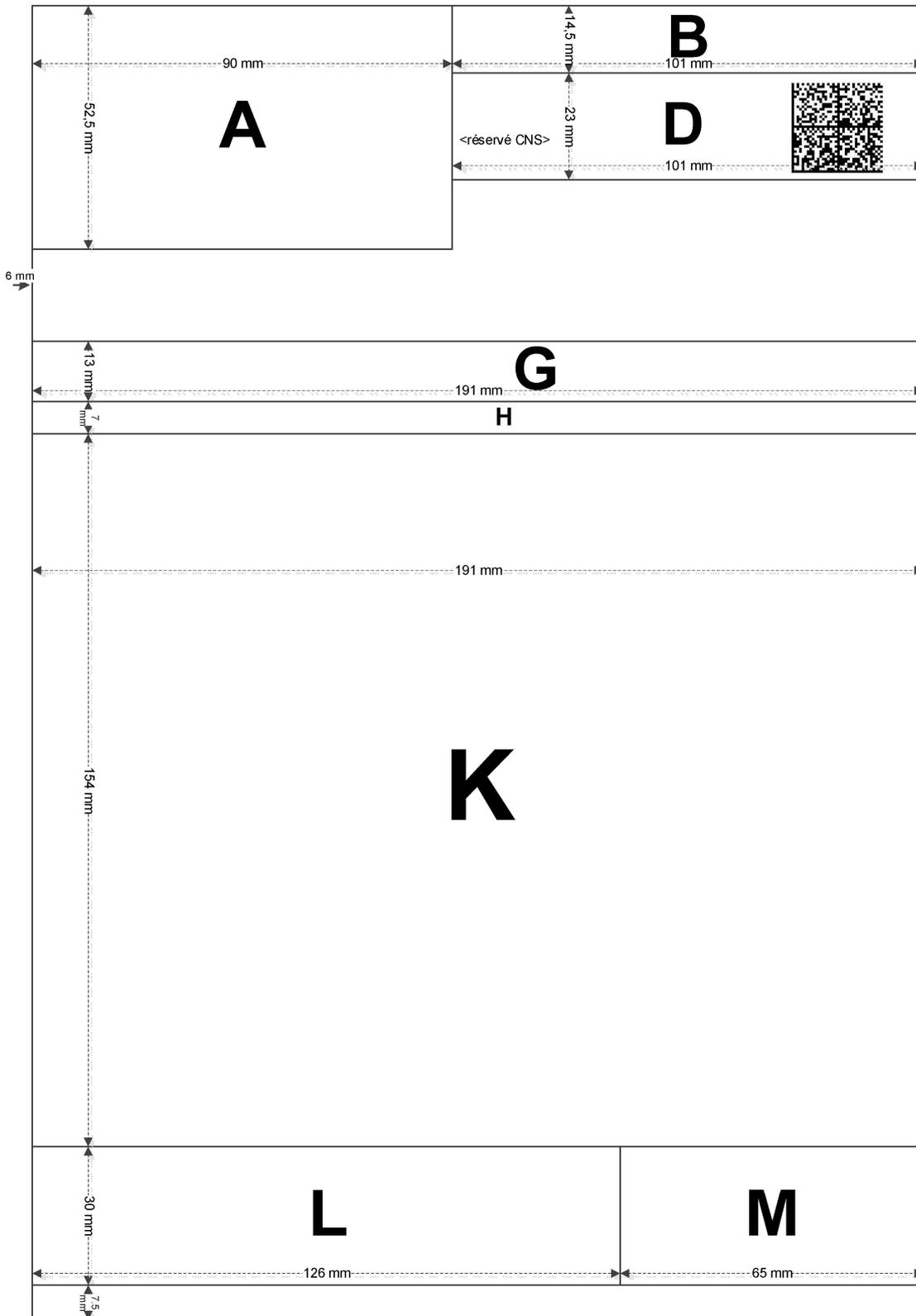
Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m>	Code prestataire: <Code prestataire-m>
Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patiente: <Nom-P> <Prenom-p>	<réservé CNS> Patiente: <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a>
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ Volet 2 à transmettre à l'employeur	
La patiente mentionnée ci-dessus a été examinée par le prestataire soussigné et il a été constaté qu'elle est en état de grossesse.	
Date présumée de l'accouchement: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	
Date d'établissement du présent certificat: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Signature du prestataire:
<p>Durée du congé de maternité</p> <p>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.</p> <p>Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur: www.cns.lu.</p> <p>Conditions d'octroi</p> <p>Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins six mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.</p> <p>Demande d'octroi du congé de maternité</p> <p>La patiente 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). La demande doit être accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule). 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.</p> <p>Plus d'informations sur: www.cns.lu.</p>	
<small>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/.</small>	

<p>Dr <Nom-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m></p> <p>Tél: <Telephone-m> Fax: <Fax-m> Email: <e-mail-m></p>	<p>Code prestataire: <Code prestataire-m></p>
<p>Matricule: AAAA MM JJ XXXXX Patiente: <Nom-P> <Prenom-p></p>	<p><réservé CNS></p> <p>Patiente: <Nom-A> <Prénom-a> <Adresse-a 1> <Adresse-a 2> <Adresse-a 3> <Pays-a>-<Code-a> <Ville-a></p>
<p>CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ</p> <p>Volet 3 à garder par la patiente</p>	
<p>La patiente mentionnée ci-dessus a été examinée par le prestataire soussigné et il a été constaté qu'elle est en état de grossesse.</p>	
<p>Date présumée de l'accouchement: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>	
<p>Date d'établissement du présent certificat: <input type="text" value="JJ"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/></p>	<p>Signature du prestataire:</p>
<p>Durée du congé de maternité</p> <p>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.</p> <p>Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur: www.cns.lu.</p> <p>Conditions d'octroi</p> <p>Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins six mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.</p> <p>Demande d'octroi du congé de maternité</p> <p>La patiente 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). La demande doit être accompagnée des coordonnées de l'assurée (nom, adresse, matricule). 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.</p> <p>Après l'accouchement, une copie de l'acte de naissance du nouveau-né est à présenter à la CNS.</p> <p>Pour consulter vos prochains certificats de manière digitale ou pour vous permettre de les transmettre digitalement à la CNS, veuillez vous rendre sur: www.cns.lu ou scanner ce code QR:</p> <p>Plus d'informations sur: www.cns.lu.</p> 	
<p>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/.</p>	

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. 112. 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, B, D et L sont identiques à celles prévues au niveau des ordonnances médicales.

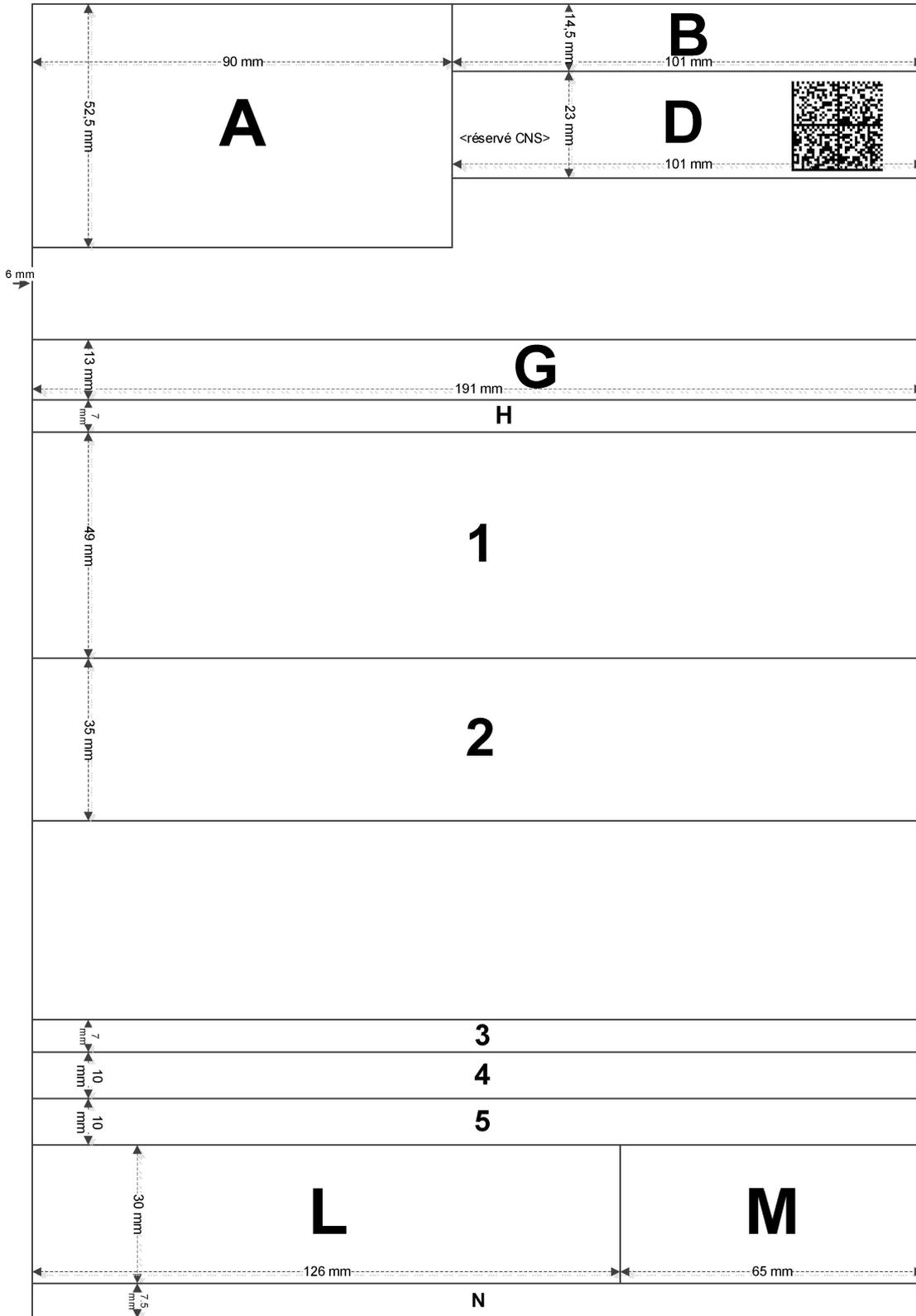
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire déclarant*	8 positions, code attribué par la CNS.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code datamatrix conforme à l'Art. 19 (20mm*20mm) aligné à droite permettant un accès aux données structurées et normalisées des formules standardisées de déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil transmises au système d'information de la sécurité sociale.
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 Art. 113 - Art. 1188.
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 Art. 113 - Art. 118. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une déclaration valable d'appareil.
M	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet prestataire déclarant du	La déclaration doit être signée par le prestataire déclarant au moment de l'établissement. La signature doit être accompagnée du cachet du prestataire déclarant sur les versions papier des déclarations. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques. Une procuration ou une délégation de signature à une tierce personne sont interdites.
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

Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 113. 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, le prestataire déclarant fait exclusivement usage du formulaire de déclaration décrit à Art. 112, dont 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 ». 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, cardiogramme, ...
	95,5*7,0		Marque*	
	95,5*7,0		N° 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*
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.

				1 - Oui 2 - Non
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@secu.lu .

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

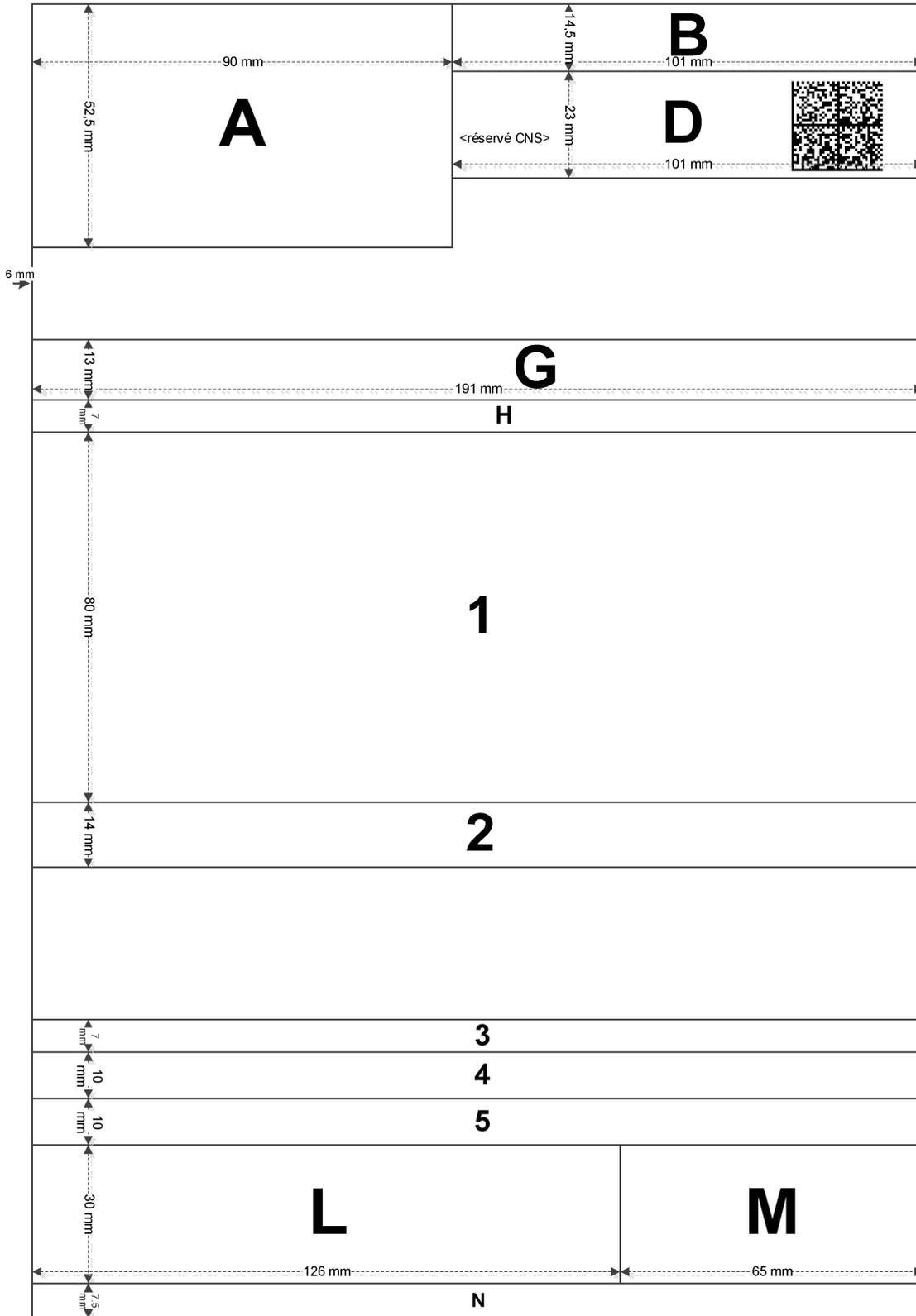
Art. 114. Un exemple d'un « Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire déclarant : <Code prestataire m>
	<réservé CNS> 
Titre	
Date d'établissement : XX/XX/XXXX	
Données de l'appareil	
Type	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Marque	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Numéro de série	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> Achat ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Leasing ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Location ⁽³⁾	
Date d'installation	XX/XX/20XX
Valeur d'acquisition	XX.XXX,XX €
Pièces à joindre	
⁽¹⁾ Facture d'acquisition acquittée	
⁽²⁾ Contrat de leasing signé	
⁽³⁾ Contrat de location signé	
⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Bon de livraison/réception signé avec numéro de série complet de l'appareil	
Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil : <e-mail-a>	
<input type="checkbox"/> 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.	
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@secu.lu .	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Maison médicale N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire déclarant : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil	
Date d'établissement : 29/08/2024	
Données de l'appareil	
Type	Type_appareil
Marque	Marque_appareil
Numéro de série	ABC123DEF456
<input checked="" type="checkbox"/> Achat ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Leasing ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Location ⁽³⁾	
Date d'installation	25/08/2024
Valeur d'acquisition	30.542,31 €
Pièces à joindre	
⁽¹⁾ Facture d'acquisition acquittée	
⁽²⁾ Contrat de leasing signé	
⁽³⁾ Contrat de location signé	
⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Bon de livraison/réception signé avec numéro de série complet de l'appareil	
Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil : email@medecin.com	
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	
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@secu.lu.	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 115. 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, le prestataire déclarant fait exclusivement usage du formulaire de déclaration décrit à Art. 112, dont 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 ». 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					
	95,5*7,0		Marque*			
	95,5*7,0					
	95,5*7,0					
	95,5*7,0		N° de série*			
	95,5*7,0					
	95,5*7,0		Première année de mise en service*	Date : JJ/MM/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				Numéro de l'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. 1 - Oui 2 - Non
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@secu.lu .

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

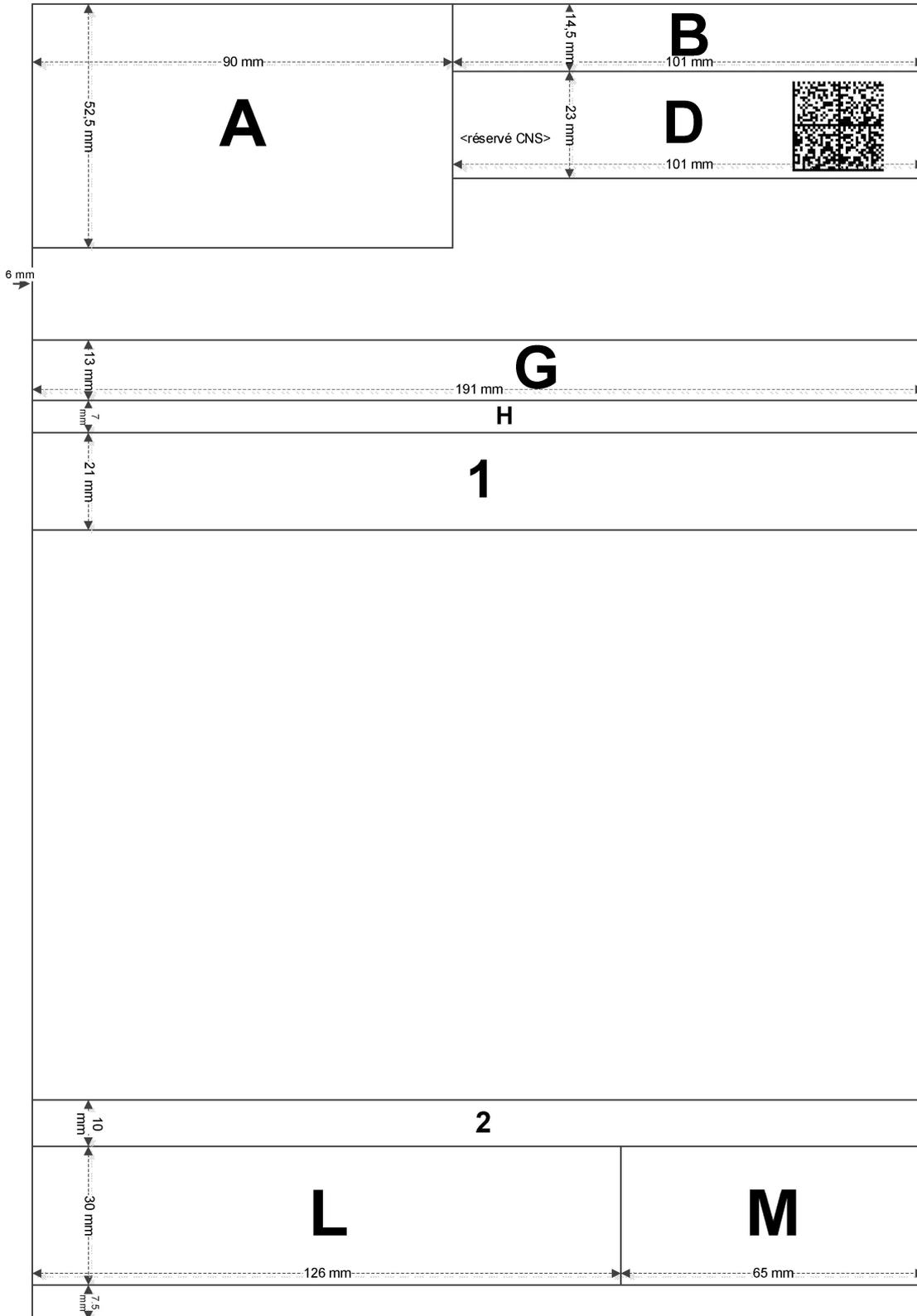
Art. 116. Un exemple d'un « Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>		Code prestataire déclarant : <Code prestataire m>
		<réservé CNS> 
Titre		
Date d'établissement : XX/XX/XXXX		
Données de l'appareil		
Type	XX	
Marque	XX	
Numéro de série	XX	
Première année de mise en service	XX/XX/XXXX	
Achat	<input type="checkbox"/> Au Luxembourg <input type="checkbox"/> À l'étranger	
Identifiant CNS appareil si achat au Luxembourg	XX	
Date d'installation	XX/XX/20XX	
Valeur d'acquisition	XX.XXX,XX €	
Nom du propriétaire précédent / code prestataire si acquis au Luxembourg	XX	
Compteur appareil	XXXXXXX	
Pièces à joindre		
Facture d'acquisition acquittée		
Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil : <e-mail-a>		
<input type="checkbox"/> 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.		
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@secu.lu .		
Remarque(s) :	Signature du prestataire	
<small>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/.</small>		

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Maison médicale N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire déclarant : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil	
Date d'établissement : 29/08/2024	
Données de l'appareil	
Type	Type_appareil
Marque	Marque_appareil
Numéro de série	ABC123DEF456
Première année de mise en service	09/08/2023
Achat	<input checked="" type="checkbox"/> Au Luxembourg <input type="checkbox"/> À l'étranger
Numéro de l'appareil si achat au Luxembourg	Numéro_appareil
Date d'installation	25/08/2024
Valeur d'acquisition	16.542,31 €
Nom du propriétaire précédent / code prestataire si acquis au Luxembourg	NOM Prénom
Compteur appareil	50027
Pièces à joindre	
Facture d'acquisition acquittée	
Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil : email@medecin.com	
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	
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@secu.lu.	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<small>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/.</small>	

Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 117. 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, le prestataire déclarant fait exclusivement usage du formulaire de déclaration décrit à Art. 112, dont 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 ». 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	Numéro de l'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@secu.lu .

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

Art. 118. Un exemple d'un « Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » est repris ci-après :

Dr <NOM-M> <Prénom-m> <Titre-m> <Adresse-m 1> <Adresse-m 2> <Adresse-m 3> <Pays-m>-<Code-m> <Ville-m> Tél : <Telephone-m> Fax : <Fax-m> Email : <e-mail-m>	Code prestataire déclarant : <Code prestataire m>
	<réservé CNS> 
	<p style="text-align: center;">Titre</p>
Date d'établissement : XX/XX/XXXX	
Données de l'appareil	
Numéro de l'appareil :	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Date de mise hors service :	XX/XX/XXXX
<p>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@secu.lu.</p>	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
<p>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/.</p>	

Dr NOM Prénom Médecin généraliste Maison médicale N° et rue L-XXXX Localité Tél : (+352) 57 11 9999 Fax : (+352) 57 11 8888 Email : email@medecin.com	Code prestataire déclarant : 90XXXXXX
	<réservé CNS> 
Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil	
Date d'établissement : 29/08/2024	
Données de l'appareil	
Numéro de l'appareil	Numéro_appareil
Date de mise hors service	29/08/2024
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@secu.lu.	
Remarque(s) :	Signature du prestataire
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/ .	

Titre VII : Listes du contenu des formules standardisées transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS par type de formule standardisée

Chapitre I : Facturation

Section 1 : Mémoires d'honoraires à l'exclusion de ceux émis dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct

Art. 119. Le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, à l'exclusion de celles transmises dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire facturier	INT(8)
6	Nom du prestataire facturier	CHAR(150)
7	Prénom du prestataire facturier	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Date de naissance du patient	XSDATE
10	Nom du patient	CHAR(150)
11	Prénom du patient	CHAR(100)
12	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire	CHAR(10)
13	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement	XSDATE
14	Lieu d'exécution	CHAR(4)
15	Code prestataire exécutant	INT(8)
16	Date du	XSDATE
17	Date au	XSDATE
18	Heure	XSTIME
19	Dent	CHAR(3)
20	Code acte	CHAR(10)
21	Préfixe	Liste CHAR(3)
22	Suffixe	Liste CHAR(3)
23	Face	Liste CHAR(1)
24	Nombre acte	INT(2)
25	Montant brut acte	Float(8)
26	Code prestataire prescripteur	INT(8)
27	Numéro séance	CHAR(1)

28	UUID de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(36)
29	Numéro de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(15)
30	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(36)
31	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(10)
32	Date Ordonnance	XSDATE
33	Annexes au mémoire d'honoraires, en version PDF	Liste Base 64
34	Total	Float(8)
35	Acompte à déduire	Float(8)
36	A Payer	Float(8)
37	Devise	CHAR(3)
38	Acquitté (oui/non)	bool
39	Date acquittement	XSDATE
40	Justification médicale	CHAR(200)
41	Nombre de pages	INT(2)
42	Mémoire d'honoraires en version PDF	Base 64
43	Complément d'information*	CHAR(3)

Le prestataire remplit le complément d'information prévu à la dernière ligne du tableau en se basant sur le tableau repris à l'Art. 13333.

Art. 120. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Art. 121. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à Art. 119, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	UUID Document annulé	CHAR(36)
3	UUID Document remplaçant	CHAR(36)
4	Type d'annulation	INT(1)
5	Motif annulation	CHAR(200)

Art. 122. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	Type anomalie	STRING
3	Code anomalie	STRING
4	Motif anomalie	STRING

Section 2 : Mémoires d'honoraires émis dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct

Art. 123. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire facturier	INT(8)
6	Nom du prestataire facturier	CHAR(150)
7	Prénom du prestataire facturier	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom du patient	CHAR(150)
10	Prénom du patient	CHAR(100)
11	Mémoire d'honoraires - Numéro	CHAR(10)
12	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement	XSDATE
13	Lieu d'exécution	CHAR(4)
14	Code prestataire exécutant	INT(8)
15	Date du	XSDATE
16	Date au	XSDATE
17	Heure	XSTIME
18	Dent	CHAR(3)
19	Code acte	CHAR(10)
20	Préfixe	CHAR(3)
21	Suffixe	Liste CHAR(3)
22	Face	CHAR(6)
23	Nombre acte	INT(2)

24	Montant brut acte	Float(8)
25	Code prestataire prescripteur	INT(8)
26	Numéro séance	CHAR(1)
27	UUID de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(36)
28	Numéro de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(15)
29	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(36)
30	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(10)
31	Annexes version PDF	Base 64
32	Date Ordonnance	XSDATE
33	Devise	CHAR(3)
34	Complément d'information*	CHAR(3)
35	Mémoire d'honoraire version PDF	Base 64

Le prestataire remplit le complément d'information prévu à la dernière ligne du tableau en se basant sur le tableau repris à l'Art. 13333.

Art. 124. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires effectuée par le moteur de règles est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Identifiant réponse de simulation	CHAR(36)
2	Matricule patient	CHAR(13)
3	Identifiant mémoire d'honoraires	CHAR(36)
4	Total part statutaire	Float(8)
5	Total participation personnelle	Float(8)
6	Somme totale	Float(8)
7	Identifiant anomalie	CHAR(36)
8	Type anomalie	STRING
9	Code anomalie	STRING
10	Motif anomalie	STRING
11	Identifiant prestation	CHAR(36)
12	Nombre acte remboursé	INT(2)
13	Part statutaire	Float(8)
14	Participation personnelle	Float(8)
15	Montant opposable	Float(8)

Art. 125. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu de la validation par le prestataire du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires effectuée par le moteur de règles est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Identifiant réponse de simulation	CHAR(36)
2	Indicateur validation médecin	Boolean
3	Indicateur validation personne protégée	Boolean
4	Indicateur acquittement participation personnelle	Boolean
5	Référence paiement personne protégée	String
6	Référence à reprendre dans la communication du paiement effectué par la CNS	String

Art. 126. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu de la réponse suite à la validation par le prestataire du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires effectuée par le moteur de règles est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Montant part statutaire	Float(8)
2	Montant recouvrement	Float(8)
3	Montant payé	Float(8)
4	Identifiant recouvrement	CHAR(36)
5	Identifiant initiation paiement	CHAR(36)

Art. 127. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu de la contestation par le prestataire du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires effectuée par le moteur de règles est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Identifiant réponse de simulation	CHAR(36)
2	Identifiant anomalie	CHAR(36)
3	Code contestation	INT(1)
4	Texte libre contestation	STRING

Art. 128. Dans le cadre du système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, le contenu de réponse suite à la contestation par le prestataire du résultat de l'analyse des données du mémoires d'honoraires effectuée par le moteur de règles est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Identifiant réponse contestation	CHAR(36)
2	Identifiant anomalie	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Section 3 : Relevé tiers payant / Relevé action directe / Relevé forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 129. Le contenu des formules standardisées de relevés accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant, de l'action directe ou des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, conformément à l'article 60 point i), à l'article 61, paragraphe 1^{er} et à l'article 67, dernier alinéa de la convention, transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	Mois de facturation	MMAAAA
5	UUID du décompte généré par le prestataire	CHAR(36)
6	Code prestataire facturier	INT(8)
7	Nom du prestataire facturier	CHAR(150)
8	Prénom du prestataire facturier	CHAR(100)
9	Nombre total de mémoires d'honoraires	INT(3)
10	Montant total demandé	Float(8)
11	Relevé tiers payant en version PDF	Base 64
<i><u>Pour chaque mémoire d'honoraires</u></i>		
12	UUID facture	CHAR(36)
13	Matricule patient	CHAR(13)
14	Nom du patient	CHAR(150)
15	Prénom du patient	CHAR(100)
16	Numéro accident patient	CHAR(10)
17	Date accident patient	XSDATE
18	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire	CHAR(10)
19	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement	XSDATE
20	Numéro de ligne	INT(2)
21	Lieu d'exécution	CHAR(4)
22	Code prestataire exécutant	INT(8)
23	Date du	XSDATE
24	Date au	XSDATE
25	Heure	XSTIME
26	Dent	CHAR(3)
27	Code acte	CHAR(10)
28	Préfixe	Liste CHAR(3)
29	Suffixe	Liste CHAR(3)
30	Face	Liste CHAR(1)

31	Numéro de l'appareil	CHAR(15)
32	Nombre acte	INT(2)
33	Montant brut acte	Float(8)
34	Code prestataire prescripteur	INT(8)
35	Numéro séance	CHAR(1)
36	UUID de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(36)
37	Numéro de l'autorisation généré par la CNS	CHAR(15)
38	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(36)
39	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur	CHAR(10)
40	Date Ordonnance	XSDATE
41	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF	Liste Base 64
42	Total	Float(8)
43	A Payer	Float(8)
44	Devise	CHAR(3)
45	Texte libre médical	CHAR(200)
46	Mémoires d'honoraires en version PDF	Base 64
47	Complément d'information*	CHAR(3)

Le prestataire remplit le complément d'information prévu à la dernière ligne du tableau en se basant sur le tableau repris à l'Art. 13333.

Art. 130. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du décompte généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du décompte généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Art. 131. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de relevé accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant ou de l'action directe, conformément à l'article 61, paragraphe 1^{er} et à l'article 67, dernier alinéa de la convention, transmises sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	UUID CNS du décompte annulé	CHAR(36)
3	UUID du décompte remplaçant généré par le prestataire	CHAR(36)

4	Type d'annulation	INT(1)
5	Motif annulation	CHAR(200)

Art. 132. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	Type anomalie	STRING
3	Code anomalie	STRING
4	Motif anomalie	STRING

Section 4 : Compléments d'informations

Art. 133. Dans le cadre de formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, les compléments d'informations repris au tableau ci-après peuvent être ajoutés par le prestataire afin de permettre de fluidifier la prise en charge éventuelle par la CNS :

Code	Liste des compléments d'informations
001	Intervention sur un autre segment
002	Intervention bilatérale
003	Intervention sur une autre lésion
004	Nouvelle grossesse
005	Nouvelle entité maligne
006	Nouvelle entité pathologique
007	Nouveau traitement
008	Visite hors domicile
009	Traumatisme
010	Intervention sur l'organe de l'autre côté

Chapitre II : Ordonnances médicales

Art. 134. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)

4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé code	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type (jour / semaine / mois)	INT(1)
21	Durée - nombre	INT(2)
22	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
23	Justification médicale	CHAR(100)
24	Remarque(s)	CHAR(300)
25	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 135. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Kinésithérapie » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE

13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé acte	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type	INT(1)
21	Type de traitement	INT(1)
22	Code pathologie	CHAR(3)
23	Rééducation post-chirurgicale (Date intervention)	XSDATE
24	Partie(s) du corps	Liste CHAR(20)
23	Fiche de synthèse	Bool
24	Traitement à domicile	Bool
25	Remarque(s)	CHAR(300)
26	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 136. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé code	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)

19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type (jour / semaine / mois)	INT(1)
21	Durée - nombre	INT(2)
22	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
23	Nom du médicament	CHAR(100)
24	Dosage	CHAR(100)
25	Remarque(s)	CHAR(300)
26	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 137. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychothérapie » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé acte	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Disclaimer	Bool
20	Remarque(s)	CHAR(300)
21	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 138. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Diététique » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(6)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé acte	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Code pathologie	CHAR(3)
20	Remarque(s)	CHAR(300)
21	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 139. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Orthophonie » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE

13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé acte	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type (semaine / mois)	INT(1)
21	Durée - nombre	INT(2)
22	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
23	Remarque(s)	CHAR(300)
24	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 140. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé acte	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type (semaine / mois)	INT(1)
21	Durée - nombre	INT(2)
22	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)

23	Justification médicale	CHAR(100)
24	Remarque(s)	CHAR(300)
25	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 141. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychomotricité » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Code acte	CHAR(10)
17	Libellé code	CHAR(100)
18	Nombre acte	INT(2)
19	Fréquence - nombre	INT(2)
20	Fréquence - type (jour / semaine / mois)	INT(1)
21	Durée - nombre	INT(2)
22	Durée - type (jour / semaine / mois)	INT(1)
23	Remarque(s)	CHAR(300)
24	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 142. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)

2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Particularité	INT(1)
17	Heure	XSTIME
18	Code ou Numéro	CHAR(50)
19	Dénomination	CHAR(150)
20	Dosage	CHAR(100)
21	Forme pharmaceutique	CHAR(100)
22	Nombre	INT(3)
23	Fréquence - nombre	INT(3)
24	Fréquence - type (jour / semaine / mois)	INT(1)
25	Durée - nombre	INT(3)
26	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
27	Posologie	CHAR(1000)
28	Motivation médicale	CHAR(1000)
29	Texte libre	CHAR(5000)
30	Remarque(s)	CHAR(300)
31	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 143. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport en série » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)

5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Nom de l'établissement	CHAR(200)
17	Adresse de l'établissement	CHAR(250)
18	Diagnostic	CHAR(200)
19	Nature du traitement envisagé	CHAR(200)
20	Durée prévisible du traitement	INT(2)
21	Type de traitement	INT(1)
22	Moyen de transport - aller	INT(1)
23	Moyen de transport - retour	INT(1)
24	Fréquence	INT(2)
25	Intervalle	INT(1)
26	Justification médicale	CHAR(100)
27	Remarque(s)	CHAR(300)
28	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 144. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)

11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Date du transport	XSDATE
17	Localisation du transport	INT(1)
18	Type de trajet	INT(1)
19	Lieu de départ	INT(1)
20	Lieu d'arrivée	INT(1)
21	Adresse du lieu de séjour habituel	CHAR(250)
22	Nom de l'établissement	CHAR(200)
23	Adresse de l'établissement	CHAR(250)
24	Raisons médicales	CHAR(300)
25	Remarque(s)	CHAR(300)
26	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 145. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Désinfection spéciale pour transport en ambulance » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE
16	Raisons médicales	CHAR(300)
17	Type de transport	INT(1)
18	Remarque(s)	CHAR(300)

19	Version PDF de l'ordonnance	Base 64
----	-----------------------------	---------

Art. 146. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Aides visuelles » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE
16	<u>Zone Lunettes</u>	
17	Monture	Bool
18	Verres	Bool
19	VD (mm)	INT(3)
20	Sphère OD de loin	CHAR(6)
21	Sphère OG de loin	CHAR(6)
22	Sphère OD de près	CHAR(6)
23	Sphère OG de près	CHAR(6)
24	Cylindre OD de loin	CHAR(6)
25	Cylindre OG de loin	CHAR(6)
26	Cylindre OD de près	CHAR(6)
27	Cylindre OG de près	CHAR(6)
28	Axe OD de loin	CHAR(6)
29	Axe OG de loin	CHAR(6)
30	Axe OD de près	CHAR(6)
31	Axe OG de près	CHAR(6)
32	Prisme OD de loin	CHAR(6)
33	Prisme OG de loin	CHAR(6)

34	Prisme OD de près	CHAR(6)
35	Prisme OG de près	CHAR(6)
36	Addition de près	CHAR(6)
37	Foyer variable	Bool
38	Bifocal	Bool
39	Combiné	Bool
40	Teinte	Bool
41	Indication médicale	INT(2)
42	<u>Zone Lentilles</u>	
43	VD (mm) (lunettes)	INT(3)
44	Sphère OD	CHAR(6)
45	Sphère OG	CHAR(6)
46	Cylindre OD	CHAR(6)
47	Cylindre OG	CHAR(6)
48	Axe OD	CHAR(6)
49	Axe OG	CHAR(6)
50	Indication médicale	INT(2)
51	Remarque(s)	CHAR(300)
52	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 147. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale - Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale - Date d'expiration	XSDATE

16	Diagnostic médical / Intervention chirurgicale	CHAR(300)
17	Date de l'intervention chirurgicale	XSDATE
18	Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique	XSDATE
	<i>Pour chaque partie du corps</i>	
19	Prescription	INT(2)
20	Nombre	INT(1)
21	Type de tricotage	INT(1)
22	Degré minimal de compression (mmHg)	INT(2)
23	Durée du traitement (semaines)	INT(2)
24	Durée de mise en place (heures)	INT(2)
25	Motivation pour demande de renouvellement anticipée	CHAR(300)
26	Remarque(s)	CHAR(300)
27	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 148. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Pied diabétique » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
09	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE
16	Numéro d'ordre fourniture	Float(3)
17	Nombre de chaussures / paires de fournitures	INT(1)
18	Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure	CHAR(400)
19	Motivation pour demande de renouvellement anticipé	CHAR(200)

20	Remarque(s)	CHAR(300)
21	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 149. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(13)
7	Prénom prescripteur	CHAR(150)
8	Matricule patient	CHAR(100)
9	Nom patient	CHAR(10)
10	Prénom patient	XSDATE
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	XSDATE
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	CHAR(2)
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	CHAR(100)
16	Code acte	INT(1)
17	Libellé acte	CHAR(400)
18	Nombre acte	CHAR(1)
19	Disclaimer	Bool
20	Remarque(s)	CHAR(300)
21	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 150. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)

6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE
16	Code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle	INT(8)
17	Nom du médecin	CHAR(200)
19	Date de début du traitement parallèle	XSDATE
20	Durée approximative du traitement parallèle	INT(2)
21	Durée - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
22	Remarque(s)	CHAR(300)
23	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 151. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE

16	Indication de la spécialité vers laquelle le transfert est demandée	INT(2)
17	Remarque(s)	CHAR(300)
18	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 152. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE
16	Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger	CHAR(500)
17	Diagnostic précis moyennant codification ICD10/CIM10	CHAR(10)
18	Équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée	INT(2)
19	Motivation exposant les faits et critères	CHAR(500)
	<i><u>Pour chaque traitement sélectionné</u></i>	
20	Nature du traitement	INT(1)
21	Date prévue du début (si connue)	XSDATE
22	Durée probable du traitement - nombre	INT(2)
23	Durée probable du traitement - type (jour(s) / semaine(s) / mois)	INT(1)
	<i><u>Fin des données relatives au traitement</u></i>	

24	Rapport médical	Bool
25	Version PDF du rapport médical	Base 64
26	Ordonnance Transport	Bool
27	UUID Ordonnance transport	CHAR(36)
28	Date Ordonnance transport	XSDATE
29	Version PDF de l'ordonnance transport	Base 64
30	Indication « Délai acceptable »	INT(1)
31	Remarque(s)	CHAR(300)
32	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 153. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire prescripteur	INT(8)
6	Nom prescripteur	CHAR(150)
7	Prénom prescripteur	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Ordonnance médicale – Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Ordonnance médicale – Date d'établissement	XSDATE
15	Ordonnance médicale – Date d'expiration	XSDATE
16	Texte libre	CHAR(3000)
17	Remarque(s)	CHAR(300)
18	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 154. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles Art. 134 à Art. 153 est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)

3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Art. 155. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée d'ordonnance médicale, transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	UUID CNS du document annulé	CHAR(36)
3	UUID du document remplaçant généré par le prestataire	CHAR(36)
4	Type d'annulation	INT(1)
5	Motif annulation	CHAR(200)

Art. 156. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	Type anomalie	STRING
3	Code anomalie	STRING
4	Motif anomalie	STRING

Chapitre III : Devis dentaires

Art. 157. Le contenu des formules standardisées de « Devis pour traitement orthodontique » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire traitant	INT(8)
6	Nom du prestataire	CHAR(150)
7	Prénom du prestataire	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)

11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Devis - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Devis - Date d'établissement	XSDATE
15	Code acte	CHAR(10)
16	Nombre acte	INT(2)
17	Montant honoraires	Float(8)
18	Montant tarif de la nomenclature	Float(8)
19	Total honoraires	Float(8)
20	Total tarif de la nomenclature	Float(8)
21	Devise	CHAR(3)
22	Remarque	CHAR(300)
23	Version PDF du devis	Base 64
24	Annexes au devis, en version PDF	Liste Base 64

Art. 158. Le contenu des formules standardisées de « Devis dentaire (hors orthodontie) » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire traitant	INT(8)
6	Nom du prestataire	CHAR(150)
7	Prénom du prestataire	CHAR(100)
8	Matricule patient	CHAR(13)
9	Nom patient	CHAR(150)
10	Prénom patient	CHAR(100)
11	Numéro accident patient	CHAR(10)
12	Date accident patient	XSDATE
13	Devis - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
14	Devis - Date d'établissement	XSDATE
15	Position dentaire	CHAR(3)
16	Code acte	CHAR(5)
17	Nombre acte	INT(2)
18	Montant honoraires	Float(8)
19	Montant tarif de la nomenclature	Float(8)
20	Report honoraires page 1	Float(8)

21	Report tarif de la nomenclature page 1	Float(8)
22	Total honoraires	Float(8)
23	Total tarif de la nomenclature	Float(8)
24	Devise	CHAR(3)
25	Remarque	CHAR(300)
26	Version PDF du devis	Base 64

Art. 159. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles Art. 157 et Art. 158 est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Art. 160. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de devis dentaire, transmises sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	UUID CNS du document annulé	CHAR(36)
3	UUID du document remplaçant généré par le prestataire	CHAR(36)
4	Type d'annulation	INT(1)
5	Motif annulation	CHAR(200)

Art. 161. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	Type anomalie	STRING
3	Code anomalie	STRING
4	Motif anomalie	STRING

Chapitre IV : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 162. Le contenu des formules standardisées de « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Numéro de la feuille de présence de la RCP	CHAR(10)
6	Matricule patient	INT(13)
7	Prénom patient	CHAR(100)
8	Nom patient	CHAR(100)
9	Destinataire	CHAR(100)
10	Rédacteur	CHAR(100)
11	Objet	CHAR(100)
12	Date de la RCP	XSDATE
13	Heure de début	XSTIME
14	Heure de fin	XSTIME
15	Lieu de la RCP	INT(1)
16	Lieu si autre	CHAR(100)
17	Disclaimer	Bool
	<i><u>Pour chaque prestataire présent</u></i>	
18	Code prestataire	INT(8)
19	Nom prestataire	CHAR(100)
20	Spécialité médicale	CHAR(100)
21	Présence	INT(1)
22	Date	XSDATE

Art. 163. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

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

Art. 164. Le contenu des formules standardisées de « Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale » transmises

numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Numéro du décompte des indemnités horokilométriques	CHAR(10)
6	Plage horaire	INT(4)
7	Nom médecin	CHAR(100)
8	Nom accompagnateur	CHAR(100)
9	Plaque voiture	CHAR(10)
10	Voiture	INT(1)
11	Région	INT(1)
12	Code prestataire facturier	INT(8)
13	Code prestataire exécutant	INT(8)
14	Date du service début	XSDATE
15	Date du service fin	XSDATE
16	Heure de l'appel	XSTIME
17	Nom et prénom patient	CHAR(100)
18	Matricule patient	INT(13)
19	Compteur	INT(6)
20	Localité	CHAR(50)
21	Compteur début	INT(6)
22	Compteur fin	INT(6)
23	Privé médecin aller	INT(2)
24	Privé médecin retour	INT(2)
23	Total des km à répartir	INT(4)
26	Version PDF de l'ordonnance	Base 64

Art. 165. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING

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

Chapitre VI : Certificats d'incapacité de travail

Art. 166. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type Document	CHAR(10)	X	X	X
2	Cadre légal	CHAR(3)	X	X	X
3	Version Layout	INT (3)	X	X	X
4	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	CHAR(36)	X	X	X
5	Type CIT	CHAR (1-10)	X	X	X
6	Code prestataire prescripteur	INT(8)	X	X	X
7	Nom prestataire	CHAR(150)	X	X	X
8	Prénom prestataire	CHAR(100)	X	X	X
9	Matricule patient	CHAR (13)	X	X	X
10	Date de naissance patient	XSDATE	X	X	X
11	Nom du patient	CHAR(150)	X	X	X
12	Prénom du patient	CHAR(100)	X	X	X
13	Numéro accident patient	CHAR (10)	X	X	X
14	Date accident patient	XSDATE	X	X	X
15	Date début incapacité de travail	XSDATE	X	X	X
16	Date fin incapacité de travail	XSDATE	X	X	X
17	Hospitalisation	bool	X	X	X
18	Sortie autorisée	bool	X	X	X
19	Code diagnostic	CHAR (1-10)	X		
20	Cas	bool	X		
21	Numéro Cas	INT(1)	X		
22	Fait de tiers	bool	X		
23	Date fait de tiers	XSDATE	X		
24	Date établissement document	XSDATE	X	X	X
25	Version PDF du volet du CIT	Base 64	X	X	X

Art. 167. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé pour raisons familiales » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type	CHAR(10)	X	X	X

2	Cadre légal	CHAR(3)	X	X	X
3	Version Layout	INT (3)	X	X	X
4	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	CHAR(36)	X	X	X
5	Type CIT	CHAR (1-10)	X	X	X
6	Code prestataire prescripteur	INT(8)	X	X	X
7	Nom prestataire	CHAR(150)	X	X	X
8	Prénom prestataire	CHAR(100)	X	X	X
9	Matricule parent assuré	CHAR (13)	X	X	X
10	Date de naissance du parent	XSDATE	X	X	X
11	Nom du parent	CHAR(150)	X	X	X
12	Prénom du parent	CHAR(100)	X	X	X
13	Matricule du patient mineur	CHAR (13)	X	X	X
14	Date de naissance du patient mineur	XSDATE	X	X	X
15	Nom du patient mineur	CHAR(150)	X	X	X
16	Prénom du patient mineur	CHAR(100)	X	X	X
17	Date début de l'incapacité de travail	XSDATE	X	X	X
18	Date fin de l'incapacité de travail	XSDATE	X	X	X
19	Hospitalisation	bool	X	X	X
20	Prolongation	bool	X	X	X
21	Date établissement document	XSDATE	X	X	X
22	Version PDF du volet du CIT	Base 64	X	X	X

Art. 168. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé de maternité » transmises numériquement au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type	CHAR(10)	X	X	X
2	Cadre légal	CHAR(3)	X	X	X
3	Version Layout	INT (3)	X	X	X
4	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	CHAR(36)	X	X	X
5	Type CIT	CHAR (1-10)	X	X	X
6	Code prestataire prescripteur	INT(8)	X	X	X
7	Nom prestataire	CHAR(150)	X	X	X
8	Prénom prestataire	CHAR(100)	X	X	X
9	Matricule patient	CHAR (1-13)	X	X	X
10	Date de naissance patient	XSDATE	X	X	X
11	Nom du patient	CHAR(150)	X	X	X
12	Prénom du patient	CHAR(100)	X	X	X
13	Date présumée accouchement	XSDATE	X	X	X

14	Date établissement document	XSDATE	X	X	X
15	Version PDF du volet du CIT	Base 64	X	X	X

Art. 169. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles Art. 166 à Art. 168 est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
2	UUID du document généré par la CNS	CHAR(36)
3	Type anomalie	STRING
4	Code anomalie	STRING
5	Motif anomalie	STRING

Art. 170. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de certificat d'incapacité de travail, transmises sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	UUID CNS du certificat annulé	CHAR(36)
3	UUID du certificat remplaçant généré par le prestataire	CHAR(36)
4	Type d'annulation	INT(1)
5	Motif annulation	CHAR(200)

Art. 171. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	UUID de la demande d'annulation prestataire	CHAR(36)
2	Type anomalie	STRING
3	Code anomalie	STRING
4	Motif anomalie	STRING

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

Art. 172. 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 au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire rapporteur	INT(8)
6	Nom rapporteur	CHAR(150)
7	Prénom rapporteur	CHAR(100)
8	Déclaration - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
9	Déclaration - Date d'établissement	XSDATE
10	Type	CHAR(100)
11	Marque	CHAR(100)
12	Numéro de série	CHAR(100)
13	Type d'acquisition	INT(1)
14	Date d'acquisition	XSDATE
15	Valeur d'acquisition	Float(8)
16	Adresse e-mail	CHAR(100)
17	Consentement	Bool
18	Annexes version PDF	Base 64
19	Version PDF de la déclaration	Base 64

Art. 173. 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 au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire rapporteur	INT(8)
6	Nom rapporteur	CHAR(150)
7	Prénom rapporteur	CHAR(100)
8	Déclaration - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
9	Déclaration - Date d'établissement	XSDATE
10	Type	CHAR(100)
11	Marque	CHAR(100)
12	Numéro de série	CHAR(100)
13	Première année de mise en service	INT(4)

14	Pays d'achat	INT(1)
15	Numéro de l'appareil	CHAR(15)
16	Date d'acquisition	XSDATE
17	Valeur d'acquisition	Float(8)
18	Code médecin du propriétaire précédent (achat au Luxembourg)	INT(8)
19	Nom du propriétaire précédent (achat à l'étranger)	CHAR(100)
20	Adresse e-mail	CHAR(100)
21	Consentement	Bool
22	Annexes version PDF	Base 64
23	Version PDF de la déclaration	Base 64

Art. 174. Le contenu des formules standardisées « 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 au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la liaison informatique mise à disposition par la CNS, est le suivant :

N°	Donnée	Format
1	Type	CHAR(10)
2	Cadre légal	CHAR(3)
3	Layout	INT(3)
4	UUID du document généré par le prestataire	CHAR(36)
5	Code prestataire rapporteur	INT(8)
6	Nom rapporteur	CHAR(150)
7	Prénom rapporteur	CHAR(100)
8	Déclaration - Numéro interne du prestataire	CHAR(10)
9	Déclaration - Date d'établissement	XSDATE
10	Numéro de l'appareil	CHAR(15)
11	Adresse e-mail	CHAR(100)
12	Consentement	Bool
13	Date de la mise hors service	XSDATE
14	Version PDF de la déclaration	Base 64

Art. 175. Le présent cahier des charges annule et remplace toute version antérieure du cahier des charges en exécution de l'article 18 de la convention et faisant partie intégrante de celle-ci.

Entrée en vigueur

Art. 176. Le présent cahier des charges entre en vigueur le 1er jour du sixième mois suivant sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

En foi de ce qui précède, les soussignés, dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent cahier des charges.

Fait à Luxembourg, le 21 octobre 2024 en deux exemplaires.

Pour l'Association des médecins
et médecins-dentistes

Pour le Conseil d'administration
de la Caisse nationale de santé

Le Président

Le Vice-
Président,
Président du
Cercle des
Médecins-
Dentistes

Le Secrétaire
général

Le Président

Dr Alain Schmit

Dr Carlo
Ahlborn

Dr Guillaume
Steichen

Christian Oberlé

Annexe A – Précisions complémentaires permettant de fluidifier la prise en charge des mémoires d'honoraires émis par les médecins-dentistes

Code	Libellé	POSITION	FACE	HEMI-MAXILLAIRE	MAXILLAIRE: MS ou MI	CANINE A CANINE : CS ou CI
DP11	Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - première radiographie	X				
DP12	Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - à partir de la deuxième radiographie (maximum 17 radiographies)	X				
DP46	Elimination d'un débordement des restaurations débordantes, par face	X	X			
DP47	Elimination d'un débordement des couronnes débordantes - DSD	X				
DP31	Surfaçage par hémiarcade / canine à canine - DSD + ACM			X		X
DP42	Surfaçage localisé - DSD + ACM (seulement dans le cadre d'un traitement parodontal)	X				
DS2	Traitement médical de la parodontose, par séance	X				
DS3	Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance	X				
DS4	Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent	X				
DS5	Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM				X	

DS6	Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM				X	
DS7	Blanchiment de dents dévitalisées, par séance et par dent	X				
DS8	Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance	X				
DS9	Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	X				
DS10	Pulpectomie simple (amputation coronaire) et obturation de la chambre pulpaire (réservée à la dent de lait)	X				
DS11	Pulpectomie totale (amputation coronoradiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures	X				
DS12	Pulpectomie totale (amputation coronoradiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires	X				
DS24	Traitement endodontique par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	X				
DS13	Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC	X				
DS25	Traitement de la nécrose pulpaire avec écoulement purulent par drainage	X				
DS23	Anesthésie intrapulpaire	X				
DS26	Médication intracanaulaire - DSD	X				
DS53	Dépose d'instrument endodontique fracturé - DSD	X				
DS27	Apexification / fermeture d'une perforation - DSD	X				
DS14	Obturation par dent, une face	X	X			

DS84	Obturation provisoire par dent, une face	X	X			
DS15	Obturation portant sur deux faces d'une dent	X	X			
DS85	Obturation provisoire portant sur deux faces d'une dent	X	X			
DS16	Obturation par dent portant sur trois faces ou plus	X	X			
DS86	Obturation provisoire par dent portant sur trois faces ou plus	X	X			
DS41	Désobturation endodontique 1 canal - DSD	X				
DS42	Désobturation endodontique 2 canaux - DSD	X				
DS43	Désobturation endodontique 3 canaux - DSD	X				
DS44	Désobturation endodontique par canal et par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	X				
DS18	Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	X				
DS19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	X				
DS20	Anesthésie locale	X				
DS21	Anesthésie régionale			X		
DS22	Cautérisation	X				
DS45	Digue (pour soins, endodontie...) - DSD			X		X
DS46	Reconstruction coronaire en vue d'un traitement endodontique	X				
DS47	Diagnostic intradentaire ou intracanalair - DSD	X				
DS48	Ouverture de la chambre pulpaire dans le cas d'une pulpite	X				
DS49	Ouverture de la chambre pulpaire simple	X				

DS50	Ouverture de la chambre pulpaire complexe (calcification, pulpolithe) - DSD	X				
DS33	Aurification - DSD	X				
DS34	Inlay, une face - DSD	X	X			
DS35	Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD	X	X			
DS36	Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD	X	X			
DS61	Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure	X				
DS62	Extraction simple d'une molaire inférieure	X				
DS63	Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures	X				
DS64	Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures	X				
DS65	Extraction simple des racines d'une dent mono- ou pluriradiculaire	X				
DS66	Extraction des racines d'une dent par morcellement	X				
DS67	Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie	X				
DS68	Extraction d'une dent en malposition	X				
DS73	Résection des bords alvéolaires après extractions multiples			X		X
DS74	Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire	X				
DS75	Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire			X		X

DS76	Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume	X				
DS69	Prémolarisation d'une molaire - DSD	X				
DS70	Hémisection radiculaire - DSD	X				
DS88	Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée	X				
DS89	Extraction chirurgicale d'une canine incluse	X				
DS90	Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie	X				
DS91	Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires	X				
DS92	Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	X				
DS93	Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)	X				
DS94	Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	X				
DS95	Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire			X		
DS96	Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie	X				
DB95	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire par arcade - DSD				X	
DB96	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, par arcade - DSD				X	

DB97	Pose d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant - DSD	X				
DB98	Dégagement et activation d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant	X				
DA11	Plaque base en résine synthétique				X	
DA12	Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM				X	
DA13	Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM				X	
DA14	Plaque base en résine injectée, ou plaque renforcée, ou plaque coulée pour prothèse amovible provisoire - DSD				X	
DA21	Empreinte par porte-empreinte individuel				X	
DA22	Empreinte fonctionnelle, open mouth technic				X	
DA23	Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM				X	
DA31	Dent prothétique	X				
DA32	Dent contreplaquée (métal non précieux)	X				
DA33	Facette or - DSD+ACM	X				
DA35	Rétention par zone de décharge				X	
DA36	Rétention par succion				X	
DA37	Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM				X	
DA41	Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent	X				
DA42	Crochet simple, métal non précieux	X				
DA43	Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM	X				

DA44	Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM	X				
DA45	Attachements - DSD+ACM	X				
DA51	Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique				X	
DA52	Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD				X	
DA53	Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion	X				
DA54	Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou succions, les suivantes, par unité	X				
DA61	Adjonction d'une dent après empreinte	X				
DA62	Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	X				
DA63	Adjonction d'un crochet simple après empreinte	X				
DA64	Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	X				
DA71	Remontage d'une dent prothétique	X				
DA72	Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	X				
DA73	Remontage par crochet	X				
DA74	Rebasage partiel				X	
DA75	Rebasage total				X	
DA91	Empreinte par maxillaire				X	
DA92	Empreinte individuelle par maxillaire				X	
DA93	Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technique				X	
DA94	Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technique - DSD+ACM				X	

DA96	Essayage par maxillaire				X	
DB13	Couronne provisoire - DSD (par dent)	X				
DB21	Couronne coulée	X				
DB23	Couronne à facette - DSD+ACM	X				
DB24	Couronne trois quarts	X				
DB25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	X				
DB26	Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	X				
DB28	Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	X				
DB29	Dent à pivot avec anneau radiculaire (genre Richmond)	X				
DB30	Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	X				
DB31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM	X				
DB32	Couronne jacket en résine	X				
DB33	Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM	X				
DB34	Rescellement d'une couronne, d'un inlay, d'une dent à pivot, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	X				
DB35	Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	X				
DB36	Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé - DSD	X				
DB37	Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD	X				

DB38	Remplacement d'une facette, scellement compris	X				
DB17	Élément de bridge provisoire - DSD	X				
DB47	Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM	X				
DB48	Élément de bridge barre (spring bridge)	X				
DB49	Élément de bridge en métal massif	X				
DB50	Élément de bridge en résine	X				
DB51	Élément de bridge à facette ou dent à tube	X				
DB10	Trépanation d'une couronne prothétique - DSD	X				
DB52	Section d'une couronne, d'un bridge ou de couronnes solidarisées - par site de section - DSD			X		X
DB53	Dépose d'un inlay-core ou clavette pour accès canalaire - DSD	X				
DB54	Dépose de vis ou tenon radiculaire pour accès canalaire - DSD	X				
DB91	Décorticage pour couronne simple	X				
DB92	Décorticage pour couronne jacket	X				
DB93	Préparation pour dent à pivot	X				
DN11	Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC	X				
DN12	Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film	X				
DW18	Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	X				
DW19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	X				

DW20	Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM				X	
DW21	Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM	X				
DW23	Couronne à facette - DSD + ACM	X				
DW25	Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM	X				
DW28	Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM	X				
DW31	Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM	X				