

Association des médecins et médecins-dentistes

Cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'union des caisses de maladie

Texte en vigueur au 01.07.2024

Historique

Date Mémorial	Libellé	Mémorial
29.04.1995	Cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'union des caisses de maladie.	<u>Mémorial A</u> n° 34 du 29.04.1995
28.07.1998	Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg à l'union des caisses de maladie.	<u>Mémorial A</u> n° 58 du 28.07.1998
31.12.2001	Cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie.	<u>Mémorial A</u> n° 169 du 31.12.2001

27.08.2002	Amendement du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg à l'union des caisses de maladie.	Mémorial A n° 98 du 27.08.2002
30.12.2005	Amendement 1. de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales concernant les médecins, 2. du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'Assurance contre les accidents et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie.	Mémorial A n° 223 du 30.12.2005
12.05.2006	Convention pour les médecins, conclue entre l'Union des caisses de maladie et l'Association des Médecins et Médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg portant: 1. Fixation du tarif de restitution des formulaires médicaux selon le cahier des charges prévu à la convention médicale du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie, 2. Amendement du formulaire visé à l'annexe « N » du cahier des charges relatif à la déclaration de créance visée à l'article 15 de celui-ci.	Mémorial A n° 80 du 12.05.2006
17.09.2012	Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical 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 pour les médecins liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé.	Mémorial A n° 201 du 17.09.2012

12.02.2013	Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical 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 pour les médecins liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé. – RECTIFICATIF.	Mémorial A n° 23 du 12.02.2013
18.02.2013	Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, la caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention modifiée du 13 décembre 1993 liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé.	Mémorial A n° 28 du 18.02.2013
18.11.2015	Amendement du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé), les caisses de maladie, l'Association d'assurance contre les accidents et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé) telle qu'elle a été modifiée.	Mémorial A n° 217 du 18.11.2015)
21.12.2016	Amendement du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie (actuellement 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 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé) telle qu'elle a été modifiée.	Mémorial A n° 266 du 21.12.2016
01.07.2024	Avenant du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical 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 pour les médecins, respectivement l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue pour les médecins-dentistes et liant l'Association des médecins et	Mémorial A n° 263 du 27.06.2024

Titre 1er. - Champ d'application matériel

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

- a) les feuilles d'ordonnance médicales
- b) les formules de mémoires d'honoraires des médecins et médecins-dentistes
- c) les certificats d'incapacité de travail, de maternité et d'allaitement
- d) les formules de devis pour prothèses dentaires
- e) les formules de devis pour traitement d'orthodontie
- f) les déclarations d'admission et de sortie à un traitement hospitalier stationnaire
- g) les relevés à joindre aux mémoires d'honoraires en cas d'application du système du tiers payant
- h) les spécimens de l'attestation et de l'étiquette de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale
- i) les ordonnances spéciales pour aides visuelles.
- j) les modèles de rapport et la feuille de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Remarque explicative: Toutes les formules visées par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre assurés, corps médical, contrôle médical et l'association d'assurance contre les accidents.

Titre II. Commission consultative permanente

Art. 2. Les missions de la commission prévue à l'article 19 de la convention (appelée dans la suite « la commission ») sont essentiellement techniques.

Art. 3. La durée du mandat des membres de la commission est indéterminée. Le mandat prend fin et il est pourvu à des remplaçants par décision des organes compétents de chacune des parties. Des experts en nombre raisonnable peuvent être associés aux réunions par les parties.

Art. 4. Le secrétariat de la commission qui assume la charge des écritures et des convocations, est assuré par l'union des caisses de maladie.

Titre III. Mise en œuvre des formules

Art. 5. Pour les besoins professionnels en formulaires dans ses relations avec l'assurance maladie et l'assurance accidents, le médecin peut choisir entre un système de formules pré-imprimées, appelé dans la suite « système imprimerie » et un système de formules qu'il

confectionne par ses propres moyens informatiques ou bureautiques, appelé par la suite « système informatique ».

Art. 6. La commission peut être saisie pour constater la conformité des formules au présent cahier des charges.

En cas de non-conformité constatée à l'unanimité par la commission, celle-ci invite le médecin à prendre les mesures nécessaires pour le redressement des écarts constatés.

Un médecin ayant opté pour le système informatique peut utiliser simultanément des formules dans le cadre du système imprimerie. Dans ce cas le nombre de formules pris en charge dans le cadre du système imprimerie est porté en déduction du nombre de formules de même nature mis en compte pour le calcul du forfait visé à l'article 20 de la convention médicale.

Art. 7. Sauf les exceptions spécifiques prévues par le présent cahier des charges, les règles liées à l'usage des documents sont identiques, quel que soit le système choisi.

Section 1. - Système imprimerie

Art. 8. Dans le cadre du système imprimerie, le médecin est libre de s'adresser à l'imprimeur de son choix.

Art. 10. Le nombre de formules commandé en une fois, susceptible d'être pris en charge par l'assurance maladie doit être raisonnable. La commission peut décider à l'unanimité de dispenser l'Union des caisses de maladie de la prise en charge des formules préimprimées au cas où le nombre de formules faisant l'objet d'une prise en charge est hors proportion avec l'activité professionnelle du médecin.

Art. 11. Outre les rubriques obligatoires prévues par le présent cahier des charges, les formules du médecin sont personnalisées par les indications d'usage. Le médecin est responsable du contenu et de la mise à jour de ces inscriptions.

Les médecins veillent à avoir à leur disposition les formules dont ils ont besoin dans l'exercice de leur profession.

En cas de rupture de stock ils peuvent exceptionnellement s'approvisionner en formules dépersonnalisées auprès de l'Union des caisses de maladie.

Section 2. - Système informatique

Art. 12. Dans le cadre du système informatique, les différentes formules prévues à l'article 1", sont générées par un système informatique ou de bureautique sous la responsabilité du médecin. La présentation recto/verso des documents du système imprimerie n'est pas prescrite dans le système informatique.

Art. 13. Outre les rubriques obligatoires prévues par le présent cahier des charges, les formules générées dans le système informatique sont personnalisées par les indications d'usage.

Art. 14. Si la commission constate à l'unanimité la non-conformité au cahier des charges malgré demande de redressement réitérée, les formules reconnues non conformes cessent d'être opposables à l'assurance maladie.

Titre IV. - Prise en charge du coût des formules

Section 1. - Système imprimerie

Art. 15. La restitution individuelle ou collective des frais des formules préimprimées se fait au moyen de la déclaration visée à l'annexe « N » à laquelle doit être jointe une facture d'imprimerie originale portant sur les formules fournies. Les tarifs de restitution pour les formules standardisées préimprimées figurent à l'annexe technique N.

Les factures d'imprimerie doivent comprendre la signalétique de l'imprimerie, les noms, prénoms et adresse des bénéficiaires de la livraison, la date et le numéro de la facture, le code médecin, la désignation et la quantité livrée de feuilles ou de blocs de chaque type, le montant (TVA comprise) facturé pour chaque type de formulaire.

Les demandes de restitution collective doivent indiquer les qualités du mandataire.

En cas de prise en charge collective, le mandataire s'engage à ce que l'Union des caisses de maladie dispose à la fin de l'exercice d'un récapitulatif de l'ensemble des factures liquidées par cette voie. Ce relevé doit être présenté sur un support informatique dans un format accepté par l'Union des caisses de maladie et doit être présenté au plus tard au courant du mois de février suivant l'exercice auquel le relevé se rapporte. Le récapitulatif des commandes comprend l'indication des médecins destinataires, leur code médecin, le nombre de commandes, le total des feuilles/blocs commandés de chaque type de formulaire, le prix total s'y rapportant, TVA incluse, ainsi que l'exercice au cours duquel la livraison a été effectuée.

Section 2. - Formules dans le cadre du système informatique

Art. 16. Pour chacune des catégories de formules prévues à l'article 1", la commission détermine le coût moyen unitaire effectif à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système imprimerie. Le coût moyen ainsi déterminé, fois le nombre de formules calculé pour chaque médecin ou association en fonction de son activité à charge de l'assurance maladie et de l'assurance accidents et d'après l'annexe technique B, correspond au forfait visé à l'article 20 de la convention.

Art. 17. L'union des caisses de maladie restitue à chaque médecin ou à chaque association de médecins les frais des formules réalisées dans le système informatique conformément à l'article 20, dernier alinéa de la convention, ce après déduction, le cas échéant, des formules prises en charge éventuellement dans le système imprimerie durant la période sur laquelle porte la restitution.

La restitution est opérée à charge de l'union des caisses de maladie par virement bancaire ou postal.

TITRE V. - Modalités d'emploi des formules

Section 1. - Les mémoires d'honoraires

Art. 18. Les mémoires d'honoraires doivent être rédigés conformément au Titre VI et à l'article 18 de la convention. Ils doivent être complets.

Les mémoires d'honoraires sont définis dans l'annexe technique « A » et doivent être établis et complétés conformément à cette annexe.

Emission de doubles, copies et rappels

Art. 19. En principe le médecin émet un seul original de chaque mémoire d'honoraires. A la rédaction du mémoire il peut émettre un double du mémoire (émis le même jour pour servir au patient à d'autres fins) à condition d'inscrire cette mention à l'endroit prévu sur l'exemplaire en question.

Un 2e original, opposable à l'assurance maladie, peut exceptionnellement être émis à une autre date que l'original ou le double.

Des rappels de mémoires d'honoraires peuvent être émis.

Les rappels et les 2e originaux ne sont opposables à l'assurance maladie que si les mentions afférentes sont inscrites sur les exemplaires en question et à condition qu'ils portent les mêmes données que le premier original.

Les mentions dont il est question au présent article sont inscrites dans la même ligne que les appellations « Ordonnance médicale » ou « Mémoire d'honoraires », au côté gauche de ces dénominations. Ces mentions peuvent être manuscrites également sur les formules informatisées.

Lorsqu'un deuxième original ou des copies sont émises, celles-ci montrent outre la date de leur émission, inscrite dans la zone M, également la date de l'original qu'ils remplacent.

Toute rature ou modification apportée par un médecin à un document existant, de quelque nature qu'il soit, est utilement paraphée par lui et authentifiée par son estampille.

Mémoires d'honoraires soumis à la prise en charge dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social

Art. 20. Les mémoires d'honoraires pour lesquels il est demandé l'application du tiers payant sont soumis à la Caisse nationale de santé par le médecin ou le médecin-dentiste conformément à l'article 61 de la convention, ensemble avec un relevé récapitulatif. (Annexe « O »). Par dérogation, les mémoires d'honoraires munis de l'étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, étiquette dont le spécimen figure à l'annexe Q du présent cahier des charges sont transmis au service « Tiers payant social » de la Caisse nationale de santé par le prestataire conformément aux articles 61 et 67bis de la convention sans relevé récapitulatif.

Le relevé récapitulatif peut être généré par un système informatique. Dans ce cas la page de couverture indique les noms et prénoms ainsi que le code du médecin ou de l'association, le nombre de mémoires d'honoraires distincts contenus dans l'envoi ainsi que le montant total des honoraires demandés.

Pour chaque mémoire contenu dans l'envoi, le relevé contient un numéro d'ordre, le nom et le matricule du patient ainsi que le montant réclamé. Il n'est pas nécessaire que le numéro d'ordre soit repris sur les mémoires d'honoraires joints à l'envoi.

Les mêmes modalités sont appliquées dans le cas de l'action directe prévue à l'article 67 de la convention. Toutefois les honoraires réclamés dans le cadre de l'action directe sont inscrits sur un relevé distinct, identique à celui prévu par les dispositions ci-dessus.

Dans le cadre de la prise en charge des honoraires par remboursement à la personne protégée, l'assurance maladie ne saisit dans son système informatique que les montants pour lesquels la quittance a été délivrée.

Art. 21. Si le nombre de dix mémoires par envoi est dépassé, le relevé prévu à l'article précédent peut être remplacé par une disquette contenant les mêmes données que celles reprises sur les mémoires d'honoraires. Le format et le contenu des disquettes est défini à l'annexe « D » du présent cahier des charges. A des fins de vérification de lecture, la disquette est accompagnée d'un document papier indiquant le nombre de mémoires d'honoraires et du montant total réclamé.

Les disquettes sont retournées au médecin après saisie des données y enregistrées.

Les disquettes illisibles sont retournées au médecin avec une notice l'informant de cette circonstance. Il en est de même si le contenu du relevé ou de la disquette diffère de celui des mémoires joints.

Dans ce cas, le paiement des mémoires d'honoraires dont il s'agit est tenu en suspens jusqu'à reproduction de la disquette par le médecin. Les délais prévus à l'article 63 sont suspendus jusqu'à la reproduction du support informatique ou du relevé corrigés.

Mise en compte d'honoraires majorés ou réduits

Art. 22. La mise en compte et le calcul des honoraires des actes et services dont le tarif est majoré ou réduit et dont le code du tarif est complété par un ou plusieurs suffixes distinctifs prévus au règlement ministériel du 21 décembre 1993 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et tel que ce règlement pourra être modifié par la suite, sont effectués conformément à la nomenclature des actes.

Section 3. - Les ordonnances médicales

Généralités

Art. 23. Les formules d'ordonnance sont spécifiées dans l'annexe technique « A ».

Sans préjudice des dispositions prévues par les articles 26 à 43 de la convention, les ordonnances sont toujours individuelles et doivent être établies personnellement par chaque médecin sous son code médecin personnel.

Les ordonnances mentionnent la date de leur péremption fixée par le médecin.

Lorsqu'une telle inscription fait défaut, les ordonnances, bien que susceptibles de délivrance par les prestataires dans les limites prévues le cas échéant dans les règlements professionnels des différentes professions de santé, ne sont opposables à l'assurance maladie que dans les délais fixés dans les différentes conventions conclues en exécution de l'article 61 du code des assurances sociales.

Art. 24. En aucun cas des ordonnances ne peuvent être émises si elles ne portent pas le nom et le code du médecin-prescripteur.

Art. 25. Si des 2^e originaux d'ordonnances sont émis, ceux-ci mentionnent la date de l'ordonnance qu'elles remplacent. Ces mentions peuvent être manuscrites également sur les formules informatisées.

Art. 26. Sans préjudice des autres indications prévues obligatoirement par la convention, les ordonnances pour les prestations pour lesquelles une autorisation préalable du contrôle médical est prescrite, doivent faire état des précisions spécifiques exigées le cas échéant.

Ordonnances pour kinésithérapie

Art. 27. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance standardisée « ordonnance médicale: Kinésithérapie », telle que prévue par l'annexe technique « A » du présent cahier des charges.

Dans ce contexte, il veille à indiquer l'ensemble des informations y requises.

Ordonnances pour médicaments

Art. 28. Afin de faciliter la délivrance des médicaments, le médecin peut faire précéder chaque médicament d'un numéro d'ordre.

Les mentions comme « POUR TROUSSE », « PREVENTIF », « NOCTU », etc., doivent être placées bien lisiblement en tête des inscriptions.

Section 4. - Les formulaires spéciaux

Art. 29. Des formulaires spéciaux définis aux annexes techniques respectives sont mis à disposition par l'union des caisses de maladie. Ces formulaires sont nécessaires pour la prise en charge ou l'établissement de devis pour les prestations ou fournitures suivantes:

- le traitement d'orthodontie (voir annexe technique « A »)
- les prothèses dentaires (voir annexe « technique A »)
- le transfert à l'étranger (Annexe « E »)
- le traitement parallèle hospitalier (Annexe « F »)
- les aides visuelles ; (Annexe « G »)
- les cures thermales et hydrothérapiques (par les médecins agréés au centre thermal; (Annexe « H ») - le transport de malades (Annexe « I »).

D'une manière générale tous les documents pour lesquels les modèles imprimerie ne portent pas encore l'entête commune définie à l'annexe « A », occupant le tiers supérieur du document, peuvent porter cette entête s'ils sont générés par un système informatique.

Dispositions particulières pour les traitements médico-dentaires dispensés aux bénéficiaires du Tiers payant social

Art. 29bis 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, étiquette dont le spécimen figure à l'annexe Q du présent cahier des charges sur le devis.

L'institution compétente, après avoir avisé un devis muni d'une étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, le transmet à l'assuré 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.

Titre VI. - Dispositions transitoires

Art. 30. Pendant une période de démarrage après la signature du présent cahier des charges, chaque médecin ou médecin-dentiste reçoit, en phases successives un certain nombre de formules standardisées pré-imprimées à blanc. Avant leur utilisation, le médecin les complète, le cas échéant, par ses données personnelles ainsi que par son code médecin.

Sans préjudice de la faculté d'opter pour le système « informatique » ou d'user de la faculté prévue à l'article 11, alinéa final, et avant l'épuisement de ce stock initial de démarrage, chaque médecin est censé s'approvisionner sur sa propre initiative en formules d'après les modalités du présent cahier des charges.

Les anciennes formules préimprimées et les anciennes formules de source informatique non conformes au cahier des charges sont périmées après le premier du mois à dater du jour de la publication au Mémorial du présent cahier des charges et ne sont plus opposables à l'assurance maladie si elles sont émises après cette date, à moins qu'il ne s'agisse de prestations délivrées avant cette date.

En tout état de cause tous les documents émis à partir de la mise en vigueur du présent cahier des charges doivent porter ode du médecin ou, le cas échéant, en ce qui concerne les documents autres que les ordonnances médicales, celui de l'association médicale. La première liquidation de l'indemnité forfaitaire prévue à l'article 20 de la convention est effectuée au courant du premier trimestre 1996.

Les annexes « D », « H » et « I » seront mises en vigueur à une date ultérieure à convenir entre les parties. En foi de ce qui précède, les soussignés, dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent cahier des charges.

Les dispositions ci-dessus, avec leurs annexes, valent convention distincte au sens de l'article 61, alinéa 2 du code des assurances sociales pour les médecins-dentistes.

Annexe A (descriptif, mémoire d'honoraires, feuille d'ordonnance médicale, devis pour prothèses dentaires, devis pour traitement d'orthodontie)

Annexe B (calcul du forfait d'indemnisation)

Annexe C (calcul du check-digit)

Annexe D (format des disquettes : en attente)

Annexe E (transfert à l'étranger)

Annexe F (traitement parallèle hospitalier)

Annexe G (aides visuelles)

Annexe H (cures thermales et hydrothérapeutiques: en attente)

Annexe I (transport des malades : en attente)

Annexe J (mesures et dimensions recommandées : voir aussi : modèle)

Annexe K (Mémorial A-1998-058 du 28.07.1998, modifié Mémorial A-2005-223 du 30.12.2005, p. 3743) + attache à l'annexe K (certificat d'incapacité de travail)

Annexe L (Mémorial A-1998-058 du 28.07.1998)

Annexe M (Mémorial A-2002-098 du 27.08.2002)

Annexe N (Formulaire de déclaration de créance, Mémorial A-2005-223 du 30.12.2005, p. 3743, modifié par Mémorial A-2006-080 du 12.05.2006, p. 1440, modifié par Mémorial A-2015-217 du 18.11.2015, p. 4740)

Annexe O (Formulaire/relevé pour l'application du système du tiers payant, Mémorial A-2005-223 du 30.12.2005, p. 3743)

Liste prévue à l'article 7 concernant les différences autorisées entre les documents du système imprimerie et du système informatique :

- Dans les systèmes informatique les libellés précédant les inscriptions ne doivent pas être reproduits.

- Dans le système informatique les lignes délimitant les différentes zones et colonnes ne doivent pas être reproduites.

Annexe P (Modèles de rapport et feuille de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, Mémorial A-2012-201 du 17.09.2012, p. 2874 - 2878)

Annexe Q (Modèles d'attestation de prise en charge directe et d'étiquettes attestant le bénéfice à la prise en charge des actes et services médicaux et médico-dentaires en vertu du Tiers payant social. (Mémorial A-2013-028 du 18 février 2013, pages 477-478))

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe technique. « A »

TITRE 1. - Descriptif et modalités techniques concernant les formules standardisées dans le système informatique

Section 1. - Généralités

Hauteur des caractères et encrage, espacements et mesures

Afin de permettre à moyen terme une lecture optique des documents visés par le présent cahier des charges il est recommandé aux médecins et médecins-dentistes de prévoir l'agencement des feuilles d'après les indications et mesures précisées à l'annexe « J ».

Le contraste doit être garanti par un encrage suffisant.

Topographie

Le contenu, le format et la topographie des formules sont définis par référence aux modèles standard en annexe.

Sous réserve des particularités applicables aux associations médicales, la partie occupant le tiers supérieur de chaque modèle de formules (zones A, B,C,D) est identique.

Dans le but de permettre éventuellement une lecture optique informatisée des formules établies suivant la présente annexe, certaines zones sont réglementées et les inscriptions y prévues doivent figurer rigoureusement à l'emplacement spécifique leur réservé conformément au modèle standard.

Tous les documents visés par la présente annexe correspondent au format DIN A4 et doivent comporter une qualité papier minimale de 80 gr/m².

En raison de la nécessité de photocopier les ordonnances pour médicaments pour en assurer la délivrance successive, celles-ci doivent être de couleur blanche.

En principe les libellés des rubriques suivantes, prévus à l'en-tête ne doivent pas être reproduits sur les documents générés par un système informatique. Matricule, Nom patient, No accident, Date accident, Code médecin.

En-tête

L'en-tête des formules de toute espèce est identique et comporte l'inscription obligatoire des données suivantes

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

- Le code d'identification du médecin ou de l'association. Ce code est obligatoirement inscrit dans la première ligne utile dans l'angle supérieur droit de chaque formule. Le code médecin se compose d'un préfixe de deux chiffres, d'un numéro composé de quatre chiffres et d'un

numéro de contrôle composé de deux chiffres. Le numéro de contrôle est calculé suivant une méthode définie à l'annexe technique « C ».

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

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

Remarque explicative: L'article 9 de la convention prévoit que le médecin barre ostensiblement l'espace réservé à l'inscription du no matricule toutes les fois que la correspondance de l'identité du patient avec celle de la carte d'assuré n'a pas pu être vérifiée.

Lorsqu'il s'agit d'un document généré par ordinateur, ce barrement peut être effectué en procédant par une des manières suivantes:

- par un trait apposé par l'imprimante ou à la main;
- par l'apposition, avant le numéro matricule, du sigle NI (non identifié).
- Le numéro en cas d'accident professionnel reconnu ou la date de l'accident. Préférence sera donnée au numéro d'accident si celui-ci est connu. La date d'accident sera remplie si le numéro d'accident n'est pas connu.

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

- Les nom et prénoms du médecin, la désignation de l'association ainsi que les données personnelles du médecin ou celles ayant trait à l'association.

L'inscription des données suivantes est facultative:

A) Dans la zone réglementée « D » -.

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

B) Dans la zone libre « A »

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

C) Dans la zone « C »:

- L'espace suivant le matricule du patient est réservé pour l'inscription de la caisse de maladie. Dans la configuration actuelle des systèmes de gestion, l'indication de la caisse de maladie sur les ordonnances est essentielle dans le cadre d'une gestion optimale des prestations soumises à autorisation préalable.

Remarque: L'inscription de la caisse est en principe facultative.

Toutefois, en attendant la réorganisation de certains circuits administratifs dans le cadre des prestations soumises à autorisation préalable, il est recommandé, dans l'intérêt d'un

déroulement plus rapide de ces procédures - donc aussi du malade - de continuer à indiquer la caisse de maladie compétente,

Il est recommandé de former le nom de la caisse par les lettres initiales de l'appellation officielle de celle-ci: (P ex.: CMO; CMEP; EMCFL; CMOARBED; CMEARBED; CMFEP; CMFEC; CMA; CMPI). L'inscription est séparée du matricule par un trait oblique (/) ou blank.

Toutefois il est loisible de copier le matricule et les autres données (CAT/CM) inscrites dans la même ligne sur la carte d'assuré.

Explication des codes:

01 CMO	02 CMFEP	03 CMFEC	04 CMEP
05 CMPI	06 CMOA	07 CMEA	08 AAI
09 AAA	10 CMA	11 EMCFL	

Enregistrement informatique des données

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

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

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

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

Section 2. - Les formules de mémoires d'honoraires

Versions disponibles

Le mémoire d'honoraires existe en deux versions:

1. Une version standard disposant d'une agrégation de dix lignes.
2. Une version plus grande disposant d'une agrégation de deux fois dix lignes.

A noter qu'un ensemble de dix lignes constitue une agrégation maximale. En effet certaines fonctions de contrôle et de saisie dans les systèmes PENII/PENIII sont conçus de façon à sous-totaliser des ensembles constitués au maximum de dix lignes et correspondent à l'affichage d'une page sur l'écran de saisie.

Généralités

Est complet le mémoire qui comporte les indications suivantes:

- Nom et code du médecin ou de l'association;
- Nom et prénom indiqué par le patient;
- Numéro matricule ou, à défaut, la date de naissance indiquée par le patient ou figurant sur le titre d'identité présenté;
- Le numéro ou/et la date de l'accident lorsqu'il s'agit d'une prestation relevant de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;
- L'indication s'il s'agit d'un patient en milieu hospitalier stationnaire en 1^{ère} classe;
- Les actes et services ayant fait l'objet des prestations du médecin, inscrits par référence aux codes et libellés prévus par la nomenclature des actes et, en ce qui concerne les suppléments pour convenances personnelles, par référence à l'article 50 de la convention;
- La date de chaque prestation ou, quand il s'agit d'une prestation s'étendant sur plusieurs jours, le jour du début et celui de la fin;
- Le montant mis en compte pour chaque acte ou service;
- Les majorations et réductions éventuelles du tarif ainsi que les éléments qui justifient cette majoration (sigles prévus par la nomenclature et heure des prestations) ou réduction;
- Le montant total du mémoire d'honoraires.

Zone intermédiaire

Les formules des mémoires d'honoraires comportent une zone intermédiaire suivant immédiatement l'en-tête et précédant immédiatement la zone réservée à la tarification.

Y sont inscrits obligatoirement la date de l'établissement du mémoire et facultativement les références ou le numéro du mémoire d'honoraires.

Pour l'inscription de la date de l'établissement des mémoires d'honoraires, les spécifications suivantes sont à respecter:

- Les jours et les mois sont exprimés par deux chiffres, l'année est exprimée par deux chiffres. Les jours et les mois de 1 à 9 sont précédés d'un 0.

Cette manière d'écrire s'applique également aux dates accompagnant les copies et 2^e originaux.

Tarification

Un « bloc » réservé à la tarification est délimité par une agrégation (réelle ou virtuelle) de traits horizontaux et verticaux comportant au maximum dix lignes et sert à l'inscription des prestations et des honoraires aux fins de la facturation par le médecin ou l'association de médecins ainsi qu'à la tarification par l'assurance maladie ou l'assurance accidents.

Chaque ligne comporte les rubriques suivantes, séparées l'une de l'autre par un trait vertical. Le trait peut être matérialisé par un encrage et occupe un espace caractère. Le trait non visualisé est matérialisé par un blank,

1) Rubrique « H »

L'inscription du chiffre « 1 » indique que les honoraires facturés dans cette ligne sont calculés au tarif dû en cas d'hospitalisation en première classe.

A défaut d'inscription, les prestations sont censées avoir été délivrées en milieu ambulatoire ou, lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation, en deuxième classe.

La rubrique « H » comporte un seul espace.

2) Rubrique « Med »

Cette rubrique est facultative. Elle peut servir à rapprocher dans le cadre des associations médicales les actes aux médecins individuels appartenant à une association de médecins donnée. Dans ce cas, chaque médecin dispose à l'intérieur de l'association d'un numéro personnel qui est inscrit dans la rubrique « Med ».

La rubrique « Med » comporte 2 espaces.

3) Rubrique « Date(du-au)/dent/heure »

A) Date et période de traitement

a) La rubrique est intitulée « Date (du-au) dent/heure ». Elle comporte treize espaces.

b) La date du traitement s'écrit de gauche à droite en commençant par le jour suivi du mois, suivi de l'année. (ex: 080694 xxxxxxx)

c) Les jours, les mois et l'année sont exprimés chacun par deux chiffres. Les jours et les mois de 1 à 9 sont précédés d'un 0. L'année représente les millésimes.

d) Pour indiquer la durée d'un traitement médical, les jour/mois/année du début du traitement sont inscrits à partir de la gauche. Les jour/mois/année de la fin d'un traitement sont inscrits d'après la même séquence. Un blank sépare les deux dates.

Un traitement allant du 10 février 1994 au 15 février 1994 est inscrit comme suit: (010294 150294)

Remarque explicative: Seuls les traitements pour lesquels la nomenclature prévoit une facturation par périodes peuvent être inscrits suivant le procédé décrit ci-dessus sous d). Sont exclus péremptoirement de l'utilisation de cette rubrique les visites, consultations et généralement tous les actes tarifés susceptibles d'être soumis à des réductions, majorations ou ceux qui sont assortis de délais.

e) Lorsque la rubrique est utilisée pour l'inscription de la seule date de la prescription, les jour/mois/millésime sont inscrits à partir de la gauche conformément à ce qui est dit plus haut sub b) et c).

La rubrique « Date(du-au) dent/heure » comporte 13 espaces

B) Dent

Les médecins-dentistes inscrivent dans cette rubrique les dents et les faces traitées suivant la numérotation et codification suivantes:

Dents définitives

Dents côté droit	Dents côté gauche
MS	
10	20
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
40	30
MI	

Dents de lait

Dents côté droit	Dents côté gauche
MS	
50	60
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
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 mesiodens le préfixe 0 est ajouté. Suivant qu'une mesiodens 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.

Faces: l'emplacement d'obturation est identifié 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 « code dent » « MS » pour le maxillaire supérieur et « MI » pour le maxillaire inférieur (en lieu et place du code « dent »).

C) Heure

Cette rubrique reçoit l'heure de la dispensation de la prestation si la nomenclature des actes l'exige.

L'heure est inscrite suivant l'horaire allant de 00h01 à 24h00

Les unités d'heures sont séparées des minutes par un blank ou une virgule.

L'heure est inscrite à la suite de la date et séparée par un blank.

La rubrique compte en tout 13 espaces/caractères dont seulement 12 sont utilisés. (Ex.: 190294X23,50 où x représente un blank)

4) Rubrique « Code/tarif/libellé/objet »

Les inscriptions du tarif appliqué se font strictement d'après la notation inscrite dans la nomenclature des actes.

Les inscriptions se font sans discontinuité à partir de la gauche vers la droite. **Aucun** blank ne doit séparer le code de l'acte des suffixes signalant une majoration ou une réduction du tarif dans les cas prévus par la nomenclature des actes.

Chaque ligne ne peut recevoir qu'un seul tarif. Il ne peut être cumulé aucun code de la nomenclature avec des codes exprimant des honoraires perçus pour convenance personnelle ou pour des actes de pratique courante en matière d'analyses médicales.

Remarque explicative: La rubrique est destinée en outre à recevoir éventuellement une spécification littérale des prestations facturées pour rendre le mémoire d'honoraires plus intelligible pour les patients. **Ces données sont alors inscrites en texte libre après un blank placé derrière la dernière inscription codée.**

5) Rubrique « Nbr »

Dans la rubrique « Nbr » sont indiqués le nombre d'actes facturés lorsqu'il s'agit d'actes cumulables non soumis à des réductions, majorations ou délais. Le multiplicateur inscrit dans cette rubrique doit toujours se rapporter à un acte de même nature. La rubrique est remplie en commençant par le côté gauche.

En cas de prestation isolée, la case désempie prend d'office la valeur par défaut « 1 ».

En cas de plusieurs actes identiques délivrés à la même date, le chiffre figurant dans la rubrique « Montant » constitue la somme obtenue par le code tarif multiplié par le nombre de fois que l'acte a été presté.

La rubrique « Nbr » occupe 2 espaces.

6) Rubrique « Montant »

Dans la rubrique « Montant » sont inscrits les montants bruts des honoraires mis en compte en conformité avec les tarifs conventionnels.

Les montants s'inscrivent de la droite vers la gauche en euros avec deux décimales, séparés par une virgule, les milliers n'étant pas séparés par un point ou un espace.

Les majorations ou réductions du tarif s'inscrivent dans la même ligne par adjonction au code tarif de la lettre distinctive correspondante, ce conformément aux règles établies par le règlement de nomenclature.

Quel que soit le nombre de lignes éditées, même une seule, la somme arithmétique des montants inscrits successivement dans les rubriques de la colonne « Montant », doit être inscrite dans la ligne « Total ». La rubrique « Total » se trouve invariablement au même endroit topographique (11e ligne du « bloc » réservé à la tarification) de la formule, quel que soit le nombre d'actes facturés ou de lignes sous la rubrique « Montant » entamées.

La rubrique « Acompte à déduire » est facultative.

La rubrique « Montant » occupe 7 espaces.

Au cas où un mémoire d'honoraires dépasse une page, la ligne « TOTAL » est utilisée pour y inscrire le montant à reporter à la page suivante. Le libellé est à corriger en conséquence.

Le montant reporté est repris alors dans la première ligne du premier bloc de la page suivante, en mentionnant sous la rubrique « code tarif/libellé/objet » l'inscription « Montant reporté ».

7) Rubrique « Med pres »

Dans les cas où l'acte ou le service sont effectués sur ordonnance médicale d'un autre médecin, le code du médecin-prescripteur est inscrit dans les lignes correspondant aux actes afférents. Les codes prescripteurs ne sont retenus dans le système informatique de l'assurance maladie que si les mémoires sont accompagnés de l'ordonnance qui s'y rapporte.

Pour être probant, le mémoire d'honoraires afférent doit être accompagné de l'ordonnance originale ou de la copie.

La rubrique comporte le code du médecin où le préfixe 90 est négligé et où le check digit est rattaché sans discontinuité au numéro individuel du médecin.

Ex. Le code médecin 90 1235-66 est inscrit comme suit: 123566

La rubrique « Med Pres » comporte 6 espaces.

Acquit

Tout mémoire d'honoraires réglé en espèces ou par chèque par le patient doit être revêtu d'une formule d'acquit.

Pour être opposable à l'assurance maladie, la formule « pour Acquit » ou similaire, la signature du médecin ou d'une personne habilitée à ce faire ainsi que la date du paiement doivent être inscrits à l'endroit prévu.

L'estampille du médecin, bien que non obligatoire, constitue un signe extérieur d'authenticité complémentaire.

Afin de ne pas rendre l'ensemble des données inscrites sur le mémoire illisible pour une saisie optique informatisée, le médecin veillera à ne pas inscrire les signature, estampille, date, etc., en surcharge des autres rubriques.

La date du paiement s'écrit de la gauche vers la droite de la même façon que dans la rubrique « Date, (du-au) dent, heure ».

Accidents Professionnels

Lorsque la prestation est en rapport avec un accident professionnel ou une maladie professionnelle reconnues, le numéro de l'assurance accidents doit être reproduit à l'emplacement prévu à cet effet à l'en-tête.

Lorsque ce numéro n'est pas connu par le médecin, celui-ci inscrit la date de l'accident.

Si le médecin doit facturer des prestations à charge de l'assurance accidents en même temps que des prestations distinctes qui relèvent de la compétence de l'assurance maladie, il établit deux mémoires d'honoraires distincts.

Formules autres que originaux

Il ne peut être établi qu'un original de chaque formule. Si un mémoire ne comporte pas de mention spéciale afférente, il est réputé constituer l'original.

Tout autre exemplaire d'un même mémoire d'honoraires établi à une date postérieure à celle de l'original doit être identifiable comme « 2e original », « copie », ou « rappel » par une inscription afférente et de la date d'émission de cet exemplaire,

Les inscriptions sont faites à l'endroit déterminé à cette fin conformément à l'article 19.

Section 3. - Les feuilles d'ordonnance

En-tête

Les dispositions générales concernant l'en-tête, décrites dans le cadre des généralités du mémoire d'honoraires sont en principe applicables.

Toutefois lorsqu'il s'agit de cabinets de groupe, le code du médecin-prescripteur inscrit dans l'angle supérieur droit (zone « B » du modèle) ne doit jamais être le code attribué à l'association mais doit toujours correspondre au code individuel du prescripteur. Dans ce cas le nom du médecin prescripteur peut être reproduit immédiatement en dessous du code médecin.

Agencement de la feuille

La partie réservée au côté droit de la feuille

- à l'inscription des prestations
- à l'inscription de fournitures (p.ex. grille pour la délivrance des médicaments),
- à l'administration
- au contrôle médical

correspondra dans la mesure du possible au modèle de l'ordonnance du système « imprimerie ».

L'appellation « ORDONNANCE MEDICALE » est obligatoire.

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

Remarque explicative: La grille destinée à l'enregistrement des délivrances successives des médicaments (prévue sur les ordonnances du système imprimerie) n'est pas obligatoire pour les feuilles générées dans le système informatique. Le timbre de délivrance des médicaments, s'il ne figure pas en pré-impression sur l'ordonnance, est apposé par le pharmacien au moment de la première délivrance des médicaments.

Les modèles édités dans le système informatique qui ne reproduisent pas exactement le contenu du modèle imprimerie doivent laisser désempie une surface comparable au total des rubriques suivantes du modèle imprimerie:

- « Tampon de délivrance »,
- « Prestation délivrée/date »,
- « Estampille/signature prestataire » (Cette case doit être remplie par les prestataires exécutant l'ordonnance tels: kinésithérapeutes, orthopédistes-bandagistes, laboratoires, etc.)
- « Réservé à l'administration/Visa contrôle médical ».

Remarque explicative: L'espace libre pour ces rubriques fait à peu près la moitié (côté droit) de la feuille. Cette surface libre doit permettre aux différents acteurs intervenant dans le trajet de l'ordonnance de faire les inscriptions qui les concernent.

Pour l'appréciation de la surface nécessaire à ces rubriques il y a lieu de se référer au modèle « imprimerie » et à l'annexe J

Date

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

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

A titre d'exemple. (Liste non limitative)

- analyses médicales: 2 mois
- soins infirmiers, massages, kinésithérapie: 1 mois
- cures, prothèses et fournitures orthopédiques: 3 mois
- médicaments: 3 mois.

Durée maximale de traitement par ordonnance

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

Signature

L'ordonnance doit être signée du médecin au moment de l'établissement.

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

L'ordonnance est utilement authentifiée par un tampon du médecin.

Section 4. - Les formules de devis pour prothèses dentaires

Généralités

Les dispositions concernant l'en-tête sont applicables à la formule de devis pour prothèses dentaires.

Les médecins-dentistes pratiquant en association montrent à l'en-tête de cette formule la désignation et le code de l'association.

Une grille supérieure représente pour chaque dent contenue dans la représentation schématique de la denture une case individuelle d'après la numérotation et la codification prévues par le présent cahier des charges. Ces cases sont destinées à recevoir les codes des

différentes prestations médicales en relation avec la prothèse, se rapportant aux dents affectées.

Une grille inférieure composée en largeur de cinq colonnes montre dans les lignes verticales les différentes positions de la nomenclature des chapitres 4 et 5, proposées au patient par le médecin-dentiste traitant.

- Au côté gauche de la formule: les positions se rapportant aux prothèses dentaires adjointes
- Au côté droit de la formule: les positions se rapportant aux prothèses dentaires conjointes.
- Des cases vides sont prévues;

Descriptif des différentes colonnes de la grille inférieure:

- 1) La colonne « désignation » reproduit le code de la position que le médecin-dentiste se propose de réaliser et de mettre en compte;
- 2) La colonne « Nbr. » contient le nombre de fois que la position est prévue être mise en compte;
- 3) La colonne « honoraires » montre les honoraires de la ou des positions correspondantes que le médecin-dentiste propose de mettre en compte;
- 4) La colonne « Nbr » montre le nombre de fois que la position afférente est accordée par le contrôle médical;
- 5) La colonne « tarifs caisse » montre les tarifs appliqués aux positions afférentes que la caisse de maladie prend en charge d'après la nomenclature.

Remarque explicative: En principe il s'agit du tarif 100 %. S'il y a réduction sur base de l'application de l'article 39, alinéa 2 des statuts, la part statutaire réduite de 80% est montrée dans la ligne « REMBOURSEMENT..... % ». (Voir infra.)

Les colonnes sous 1) à 3) sont remplies par le médecin-dentiste tandis que la colonne sous 5) est remplie par l'organisme compétent de sécurité sociale.

Une ligne finale est réservée à l'inscription des métaux nécessités pour la confection de la prothèse. Cette inscription constitue une estimation.

Une rubrique « Total » récapitule sous les colonnes « honoraires » et « tarif caisse » les totaux respectifs des montant. mis en compte et des montants susceptibles d'être pris en charge.

Une rubrique « Remboursement », à rempli r par l'assurance maladie, montre le taux statutaire applicable ainsi que le montant total effectivement pris en charge.

Le devis est daté et signé du médecin-dentiste traitant.

Décisions administratives

Avant toute appréciation médicale des demandes par le contrôle médical, l'organisme compétent vérifie si les délais statutaires de remplacement des prothèses et autres conditions

administratives sont remplies. Dans la négative le devis est retourné à qui de droit avec la décision administrative qui s'impose.

Les décisions de refus de prise en charge administratives sont motivées.

Lorsque les conditions relatives aux délais de renouvellement et autres règles statutaires du point de vue administratif sont remplies, le contrôle médical de la sécurité sociale inscrit son avis dans la rubrique « Avis du point de vue médical. » Les décisions de refus ou de tenue en suspens sont motivées, datées et signées par le médecin-conseil.

Après décision du contrôle médical, l'administration compétente renvoie le devis à la personne protégée.

Les décisions ne contiennent pas de commentaire sur l'appréciation médicale autres que ceux que le contrôle médical aura apposés sur le devis.

Espace réservé pour remarques

La dernière ligne utile précédant l'inscription « **La loi du 31.3.79, mod. par celle du 1.10.92, art. 28-1(5), est appliquée.** », est réservée pour l'insertion de remarques éventuelles.

Section 5.- Les formules de devis pour traitement d'orthodontie

Généralités

Les dispositions concernant l'entête sont applicables à la formule de devis pour traitement d'orthodontie.

Les médecins-dentistes pratiquant en association montrent à l'en-tête de cette formule la désignation et le code de l'association.

- Les positions se rapportant au traitement proposé sont inscrites dans la grille prévue à cet effet.

Descriptif des différentes colonnes:

- 1) La colonne « désignation » reproduit le code de la position que le médecin-dentiste se propose de réaliser et de mettre en compte;
- 2) La colonne Nbr. contient le nombre de fois que la position est prévue être mise en compte;
- 3) La colonne « honoraires » montre les honoraires de la position correspondante que le médecin-dentiste propose de mettre en compte;
- 4) La colonne « Nbr » montre le nombre de fois que la position afférente est accordée par le contrôle médical;
- 5) La colonne, « tarifs caisse » montre les tarifs appliqués aux positions afférentes que la caisse de maladie prend en charge d'après la nomenclature des actes.

Les colonnes sous 1) à 3) sont remplies par le médecin-dentiste tandis que la colonne sous 5) est remplie par l'organisme compétent de sécurité sociale.

La grille prévoit des lignes désemplies réservées à l'inscription de positions diverses non pré-déterminées.

Une rubrique « Total » récapitule sous les colonnes « honoraires » et « tarif caisse » les totaux respectifs des montants mis en compte et des montants susceptibles d'être pris en charge.

Une rubrique « Remboursement », à remplir par l'assurance maladie montre le taux statutaire applicable ainsi que le montant total effectivement pris en charge.

Le devis est daté et signé du médecin-dentiste.

En cas de prolongation d'un traitement, la date initiale du début du traitement est inscrite par le médecin-dentiste traitant.

Espace réservé pour remarques

La dernière ligne utile précédant l'inscription "**La loi du 31.3.79, mod. par celle du 11.10.92, art 28-1(5), est appliquée**", est réservée pour l'insertion de remarques éventuelles.

Décisions administratives

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

Les décisions de refus de prise en charge administratives sont motivées.

Lorsque les conditions relatives aux règles administratives sont remplies le contrôle médical de la sécurité sociale inscrit son avis dans la rubrique « Avis du point de vue médical. » Les décisions de refus ou de tenue en suspens sont motivées, datées et signées par le médecin-conseil.

La décision relative à la prise en charge administrative concernant la prise en charge est inscrite par l'institution de sécurité sociale compétente. Les décisions prises du point de vue médical, accordant les prestations, peuvent néanmoins faire l'objet d'un refus administratif dans la mesure où les conditions statutaires ne sont pas remplies.

L'administration compétente renvoie le devis à la personne protégée.

Dans le cadre de la notification des décisions accordant les prestations relatives à l'orthodontie, les administrations font usage, le cas échéant, des communications standardisées ayant la teneur suivante:

« - Suivant avis du médecin-dentiste-conseil du contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge du traitement orthodontique sollicité a été accordée sur base des positions DT41 et DT42 (DT31 et DT32). Ce traitement d'une durée de six mois est pris en charge d'après le tarif actuellement en vigueur qui se s'élève à -, respectivement euros.

Toute prolongation de prise en charge devra faire l'objet d'une autorisation du médecin-dentiste-conseil du contrôle médical de la sécurité sociale. »

Dans toutes les décisions le tarif maximal de prise en charge par l'assurance maladie est indiqué en chiffres d'après le tarif applicable au moment de l'accord de prise en charge.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement DT 43 (DT 33), il est indiqué dans la communication que le traitement dure 9 mois. L'information qu'une autorisation est nécessaire avant le prolongement de la prise en charge est également communiquée dans la teneur qui précède.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement DT 44 et DT45 (DT34 et DT35), il est indiqué dans la communication, outre le tarif de prise en charge applicable, que le traitement dure 12 mois.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement DT45 (DT35), il est indiqué dans la communication, outre le tarif de prise en charge applicable, que le traitement dure 6 mois.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement DT44 (DT34), il est indiqué dans la communication, outre le tarif de prise en charge applicable, que le traitement dure 6 mois. L'information qu'une autorisation est nécessaire avant le prolongement de la prise en charge du traitement est également communiquée dans la teneur qui précède.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement DT62 SUP et DT62 INF (DT61 SUP et DT61 INF), il est indiqué le tarif de prise en charge applicable.

L'union des caisses de maladie s'engage à s'employer auprès des gestionnaires compétents aux fins de mettre à disposition des caisses de maladie des procédés informatiques permettant l'envoi standardisé de ces décisions.

Les décisions ne contiennent pas de commentaire sur l'appréciation médicale autres que ceux que le contrôle médical aura apposés sur le devis.

Les décisions refusant la prise en charge administrative sont motivées.

Les décisions rédigées dans une autre langue que le français doivent renfermer le même contenu littéralement traduit.

Section 6 : Devis générés par des moyens informatiques

En principe les devis générés par un outil informatique contiennent les mêmes indications que ceux utilisés dans le système imprimerie.

Toutefois les devis ne montrent que les positions effectivement proposées, les positions et espaces désemplis ne devant pas être reproduits.

Titre II. - Descriptif et modalités concernant les formules standardisées dans le système imprimerie.

Généralités

L'utilisation et les modalités de complèment des documents mis à disposition du médecin dans le système imprimerie obéissent en principe aux mêmes règles que celles prévues au titre Titre 1 concernant le descriptif et modalités techniques concernant les formules standardisées dans le système informatique.

Toutefois, vu que les formules sont remplies à la main ou par un procédé non informatique, les contraintes concernant les espaces et blancs ne doivent pas être respectées.

Les médecins et médecins- dentistes veilleront à ne pas écrire en surcharge des rubriques réservées aux autres utilisateurs des formules.

Modèles de l'annexe « A »

Mémoire d'honoraires 10 lignes
Mémoire d'honoraires 2 X 10 lignes
Feuille d'ordonnance médicale
Devis pour prothèses dentaires
Devis pour traitement d'orthodontie
Ordonnance médicale - Kinésithérapie

Mémoire d'honoraires 10 lignes

Code médecin :

Matricule :

Nom patient :

Numéro accident :

Date accident :

MEMOIRE D'HONORAIRES

N	MSD	DATE (DU-AU) / DENT / HEURE	CODE TARIF / LIBELLE / OBJET	MSR	MONTANT	MSR PRES.
Total				REPORT / TOTAL :		
				ACOMPTE A DEDUIRE :		

POUR ACQUIT, LE

Signature et cachet du médecin

* Prière de rappeler la(les) référence(s) ci-dessus sur l'ordre de virement.

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

Mémoire d'honoraires 2 X 10 lignes

Code médecin :

Matricule :

Nom patient :

Número accident :

Date accident :

MEMOIRE D'HONORAIRES

H	MSD	DATE (DU-AU) / CENT / HEURE	CODE TARIF / LIBELLE / OBJET	ARR	MONTANT	MED. PRES.

SOUS-TOTAL :

Total

SOUS-TOTAL :

REPORT / TOTAL :

ACOMPTE A OEDUIRE :

A PAYER :

POUR ACQUIT, LE

Signature et cachet du médecin

* Prière de rappeler la(les) référence(s) ci-dessus sur l'ordre de virement.

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

Feuille d'ordonnance médicale

Matricule :

Nom patient :

Numéro accident :

Date accident :

ORDONNANCE MEDICALE

Date :	Date expiration :	Date	P. ord.	1	2	3	4	5	6
<div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div>			Qté. tot.						
			Dél. 1						
			Dél. 2						
			Dél. 3						
			Dél. 4						
			Dél. 5						
			Dél. 6						
			Dél. 7						
<div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div>		Prestation délivrée / Date							
<div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div>		Estampille / Signature prestataire <small>Ministère de la Santé et des Services Sociaux</small>							
Signature									

Devis pour prothèses dentaires

Date entrée sécurité sociale

DEVIS POUR PROTHESE DENTAIRE DU

D	16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	G
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

CONTRÔLE DES DELAIS
STATUTAIRES DE REMPLACEMENT

PROTHESE ADJOINTE					PROTHESE CONJOINTE				
Designation	Nbr.	Honoraires	Nbr.	Tarifs caisse	Designation	Nbr.	Honoraires	Nbr.	Tarifs caisse
DA 11					DB 21				
DA 12					DB 23				
DA 13					DB 24				
DA 21					DB 25				
DA 22					DB 26				
DA 23					DB 28				
DA 31					DB 29				
DA 32					DB 30				
DA 33					DB 31				
DA 35					DB 32				
DA 36					DB 33				
DA 37					DB 47				
DA 42					DB 48				
DA 43					DB 49				
DA 44					DB 50				
DA 45					DB 51				
Mts ±					Mts ±				
TOTAL A					TOTAL B				
Remboursement					Remboursement				

Avis du point de vue médical

Accordé En suspens Refusé

MOTIF :

Prise en charge administrative

Accordée (A + B) MONTANT

Refus MOTIF :

Signature du
médecin-dentiste
traitant :

Le médecin-conseil (signature)

Date :

Cachet :

Date :

Signature :

Remarques éventuelles :

La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92, art. 28-115), est appliquée.

Devis pour traitement d'orthodontie

/ /

Date entrée sécurité sociale: DEVIS POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE DU

CONTRÔLE DES DÉLAIS STATUTAIREs

ORTHODONTIE				
Designation	Nbr.	Honoraires	Nbr.	Tarifs caisse
DT 31				
DT 32				
DT 33				
DT 34				
DT 35				
DT 36				
DT 61				
DT 62				
DT 41 (DSD)				
DT 42 (DSD)				
DT 43 (DSD)				
DT 44 (DSD)				
DT 45 (DSD)				
DT 46				
DT 61				
DT 62				
TOTAL				
Remboursement:		%		

En cas de prolongation
prière d'indiquer la date
du début du traitement:

Avis du point de vue médical

Prise en charge administrative

Signature du médecin-
dentiste traitant:

Accordé En suspens Refusé

Accordée MONTANT

MOTIF:

Refus MOTIF:

Le médecin-conseil signature: Date: Cachet: Date: Signature:

Remarques éventuelles:

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

Ordonnance médicale: Kinésithérapie

[Lien vers le fichier PDF](#)

(Publication dans le Mémorial A n°263 du 27.06.2024)

Dr. NOM Prénom
Spécialité

Code médecin : 901234-00

99, rue xxxx
L-1234 Luxembourg
Tél : +352 123 456

Nom Prénom Personne protégée (facultatif)

Adresse

Adresse

Adresse

Matricule : _____

Nom patient : _____

Numéro accident : _____

Date accident : _____

Ordonnance Médicale : Kinésithérapie

Date : _____	
Type ordonnance : <input type="checkbox"/> Nouveau traitement <input type="checkbox"/> Bilan ZB10 (type de traitement et nombre/fréquence à ne pas remplir) <input type="checkbox"/> Prolongation	
Type de traitement : <input type="checkbox"/> Pathologie courante (max. 8 séances) <input type="checkbox"/> Pathologie lourde (max. 64 séances) <input type="checkbox"/> Rééducation post-chirurgicale (max. 32 séances) Pathologie* : _____ Date intervention : _____	
Nombre/Fréquence (à ne pas remplir pour ZB10): Nombre : _____ séances Fréquence (facultatif) : _____ séances/semaine	
Traitement (actes non cumulables –une seule case peut être cochée): <input type="checkbox"/> ZK10 Rééducation orthopédique simple (une articulation périphérique) Partie du corps* : _____ <input type="checkbox"/> ZK11 Rééducation orthopédique complexe (tronc vertébrale ou plusieurs articulations périphériques) Partie(s) du corps* : _____ <input type="checkbox"/> ZK12 Rééducation respiratoire <input type="checkbox"/> ZK13 Rééducation du plancher pelvien <input type="checkbox"/> ZK14 Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre <input type="checkbox"/> ZK15 Rééd. concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc <input type="checkbox"/> ZK16 Drainage lymphatique manuel d'un membre <input type="checkbox"/> ZK17 Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres <input type="checkbox"/> ZB10 Bilan	
Traitement à domicile <input type="checkbox"/> ZD10 Frais de déplacement	
<input type="checkbox"/> Demande d'une fiche de synthèse	
Remarque(s) : _____ _____	Signature/cachet du médecin

Invalidation par le prestataire 1 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du _____ <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : _____ / _____	Date/Signature/cachet
Invalidation par le prestataire 2 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du _____ <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : _____ / _____	Date/Signature/cachet
Champ libre à utiliser pour remarques ou en cas de plus que deux prestataires consécutifs	

En cas de succession de plusieurs prestataires, l'ordonnance partiellement invalidée est à remettre au patient qui la présentera au prochain prestataire pour continuation des soins. Après prestation de la dernière séance prévue ou en cas d'interruption du traitement, l'ordonnance invalidée de façon définitive est à remettre au patient qui est responsable de son archivage

Référentiels

Liste des pathologies lourdes (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante
L03	Arthrogrypose
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire
L05	Spondylarthrite ankylosante
L06	Myopathie
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive
L08	Paralyse
L09	Paraplégie
L10	Tétraplégie
L11	Hémiplégie
L12	Sclérose en plaques
L13	Sclérose latérale amyotrophique
L14	Infirmité motrice cérébrale
L15	Maladie de Parkinson
L16	Maladie d'Alzheimer
L17	Lymphoedème après chirurgie carcinologique

Liste des parties de corps (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
C01	Epaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Maxillaires
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe technique « B »

Modalités de détermination du forfait prévu à l'article 20 de la convention du 13 décembre 1993.

Mémoires d'honoraires

Art. 1.

- 1) **Principe:** Le nombre de feuilles pris en charge conformément à l'article 20 de la convention dans le système informatique est calculé à partir du nombre d'actes réalisés par les médecins au cours d'une année. Les actes au sens de la présente disposition sont constatés par le nombre de lignes enregistrées sur les mémoires d'honoraires entre le 1er janvier et le 31 décembre.
- 2) **Procédure pour la constatation de la base de calcul:** En premier lieu il est constaté le nombre global de lignes réalisé pendant la période de référence par la totalité des médecins de chacune des spécialités médicales distinguée dans la nomenclature médicale. Ne sont pris en compte pour cette détermination que les médecins ayant opté pour le système imprimerie. Ce nombre est mis en relation avec le nombre de feuilles de mémoires d'honoraires délivrées dans le cadre du système imprimerie pendant cette période aux mêmes médecins pour déterminer une moyenne du nombre d'actes constatée par feuille d'honoraires.
- 3) La moyenne du nombre d'actes par mémoire est ensuite mise en relation avec le nombre global des actes constatés individuellement pour chaque médecin relevant de la même spécialité participant au système informatique.
- 4) Chaque médecin participant au système informatique a droit à la prise en charge par l'assurance maladie d'un nombre de formules calculé en divisant le nombre d'actes personnellement réalisés par la moyenne visée sous 2) ci-dessus, ce sans préjudice de voir retrancher de ce nombre les feuilles d'honoraires éventuellement reçues pendant la même période dans le système imprimerie.
- 5) Pour la détermination du coût unitaire des formules il est pris en compte la totalité des frais imputés aux commandes facturées par l'imprimerie pendant la période de référence pour les feuilles d'honoraires. Le coût unitaire résulte de la division de ce coût par le nombre d'exemplaires délivrés aux médecins dans le système imprimerie.
- 6) En cas d'associations médicales, il est pris en compte le nombre d'actes réalisés et mis en compte par l'association dans son ensemble, indépendamment du nombre de médecins membres de l'association.

Les actes du médecin qui entre en association en cours d'année sont imputés à l'association à partir du jour de son entrée en association dûment déclarée à l'union des caisses de maladie.

Exemple de calcul:

1) Détermination du nombre:

Nombre d'actes réalisés 1994 en gynécologie-obstétrique (lignes comptées dans le système imprimerie): 1.000.000. lignes

Nombre de feuilles délivrées aux médecins de cette spécialité, participant au système imprimerie: 655.000

Moyenne de lignes par mémoire : $1.000.000:655.000 = 1,53$

Nombre d'actes (lignes) réalisés par le médecin X de la même spécialité: 2.270.-

Nombre de feuilles à prendre en charge: $2.270:1,53 = 1.484$ pièces.

2) Détermination du coût et calcul de l'indemnité forfaitaire:

Coût global facturé en 1994 (mémoires d'honoraires de l'ensemble du système imprimerie): 3.680.000.- francs;

Nombre de mémoires délivrés: 5.600.000;

Coût moyen: $3.680.000 : 5.600.000 = 0,66$ f/pièce

Indemnité forfaitaire du Dr. X : $0,66 \times 1484 = 975$ frs.

Feuilles d'ordonnance

Art. 2. Le nombre de feuilles d'ordonnance aux fins de la détermination du forfait visé à l'article 20 de la convention est déterminé comme suit: En premier lieu il est constaté le nombre global d'ordonnances émises pendant la période de référence par la totalité des médecins de chacune des spécialités médicales distinguée dans la nomenclature médicale. Ne sont pris en compte pour cette détermination que les médecins ayant opté pour le système imprimerie.

Le nombre d'ordonnances ainsi déterminé est mis en rapport avec le nombre d'actes constatés pour cette spécialité conformément à l'article 1er sous 2).

A cet effet il est calculé un coefficient en divisant le total des actes réalisés par le nombre d'ordonnances délivrées dans le cadre du système imprimerie.

Pour déterminer le nombre de feuilles d'ordonnance rentrant dans la détermination de l'indemnité forfaitaire, ce coefficient est appliqué au nombre d'actes réalisés par chaque médecin pris individuellement, participant au système informatique.

Chaque médecin a droit à la prise en charge d'un nombre de formules d'ordonnance calculé en multipliant le nombre d'actes personnellement réalisés par le coefficient ci-dessus, ce sans préjudice de voir retrancher de ce nombre les formules éventuellement reçues pendant la même période dans le système imprimerie.

Exemple de calcul:

Nombre d'actes (lignes) réalisé par la spécialité dans le cadre du système imprimé: 1.000.000

Nombre d'ordonnances système imprimé: 655.000.

Coefficient appliqué à cette spécialité: $655.000 : 1.000.000 = 0,66$ (rapport ordonnances/actes)

Le nombre de feuilles à prendre en compte pour la détermination de l'indemnité forfaitaire du Dr X, (ayant réalisé 2.270 actes) est de: $2.270 \times 0,66 = 1.498$ pièces

Total d'ordonnances (toutes catégories confondues) délivrées dans le cadre du système imprimé: 3.450.000 unités.

Prix total: 2.850.000 francs

Prix unitaire :0,83 francs

Indemnité forfaitaire du Dr X pour les ordonnances médicales: $1.498 \times 0,83 = 1.244,-$

Autres formules

Art. 3. La prise en charge des autres formulaires générés par un système informatique est déterminée suivant les mêmes règles que celles visées ci-devant.

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe technique « C »

Calcul du check digit.

Le check-digit est un chiffre de contrôle qui se calcule à partir du nombre composé du préfixe 90 ou 91 et les quatre chiffres formant le numéro d'ordre individuel de chaque médecin. Par exemple avec le préfixe 90 et le numéro individuel 8765 on obtient le nombre 908765. Le check-digit est formé par le « reste » obtenu après division de ce nombre par 97. Le « reste » est déterminé par soustraction du chiffre formé par la multiplication de 97 et du quotient obtenu dans une première opération de division, mais dans lequel on néglige les fractions:

Exemple 1.:

Division : $908765 : 97 = 9\ 368,7113$

Multiplication: $97 \times 9368 = 908696$

Soustraction: $908765 - 908696 = 69$

Reste = 69.

Le check-digit est alors le 69.

Le code médical afférent s'écrit comme suit: 90 8765-69

Exemple 2:

Code médical: 91 0375

$$910375:97 = 9385,3092$$

$$9385 \times 97 = 910345$$

$$910375 - 910345 = 30$$

$$\text{Reste} = 30$$

Le check-digit est alors le 30

Le code médical afférent s'écrit comme suit: 91 0375-30

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « E »

UNION DES CAISSES DE MALADIE
DEMANDE D'AUTORISATION D'UN TRANSFERT A L'ETRANGER *)

Matricule du patient:

Nom et prénom:

Adresse:

Caisse de maladie compétente:

Nom du médecin prescripteur:

Code médecin:

Je soussigné(e) certifie que
est atteint(e) d'une affection justiciable d'un transfert à l'étranger.

S'agit-il des suites d'un accident du travail
 d'un accident de la circulation

Première demande d'un traitement à l'étranger oui non

Nom et adresse du médecin étranger ou du centre spécialisé:

1) Diagnostic détaillé:

2) Traitement impossible ou inadéquat au Grand-Duché de Luxembourg

Extrait de l'article 46 de la convention UCM/ANMD: La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient l'.....
la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inutiles le traitement au Luxembourg.

*) à renvoyer à l'Union des caisses de maladie (Transfert à l'étranger)

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « F »

DEMANDE D'UN TRAITEMENT PARALLELE HOSPITALIER

Ce formulaire est à envoyer dans les vingt-quatre heures pour autorisation au Comité médical de la sécurité sociale

Demande initiale

Demande de prolongation

Matricule :

Nom et Prénoms :

Caisse de maladie : Hôpital :

Médecin traitant à l'hôpital : Code médecin :

Motif de l'hospitalisation :

.....

.....

Médecin effectuant
le traitement parallèle : Code médecin :

Motif du traitement parallèle :

.....

.....

Durée du traitement parallèle :

Date :

Cachet :

Signature :

Décision du médecin conseil :

.....

.....

.....

Date :

Cachet :

Signature :

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « G »

Code médecin :



Matricule :

Nom patient :

Numéro accident :

Date accident :

ORDONNANCE MEDICALE

Date :		Date expiration :				Date :				
LUNETTES						LENTILLES DE CONTACT				
Montures :						Réfraction :				
Verres :										
VD = mm		SPH	CYL	AXE	PRISME	VD = mm		SPH	CYL	AXE
De loin	OD					OD				
	OG						OG			
De près	OD					OG				
	OG									
Addition de près :						Indication médicale :				
 						Remarques :				
						Signature				
Foyer variable <input type="checkbox"/>		Bifocal <input type="checkbox"/>		Combiné <input type="checkbox"/>		Préavis à l'interlocuteur / Vis-à-vis médical				
Verres incassables <input type="checkbox"/>		Indication médicale :								
Teinte A B C <input type="checkbox"/>		Indication médicale :								
Remarques :										
Signature										

La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92, art. 20-1(5), est appliquée

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe technique « J »

Mesures et dimensions des inscriptions sur les documents générés par un système Informatique.

D'une manière générale il y a lieu de retenir que les différentes zones sur les documents générés par un système informatique doivent correspondre aux dimensions prévues pour les modèles conçus pour le système imprimerie.

Entête commune

L'entête commune aux documents prévus par le présent cahier des charges est dessinée d'après le modèle joint:

Les zones de l'entête comprennent:

A: les données personnelles du médecin

B: le code médecin

C: Les données relatives à la personne protégée

D: Le destinataire et l'adresse en cas d'envoi postal du document

Les zones intermédiaires comprennent:

M: Zone d'inscription lorsqu'il s'agit d'une COPIE, d'un RAPPEL, d'un 2e ORIGINAL ou d'un DOUBLE. Lorsqu'un deuxième original ou des copies sont émises, celles-ci montrent outre la date de leur émission, inscrite dans la zone M, également la date de l'original qu' ils remplacent. Ces inscriptions peuvent être éventuellement manuscrites même sur les formulaires du système informatique. Toute rature ou modification apportée par un médecin à un document existant est utilement paraphée par lui et authentifiée par son estampille.

N: Enonciation du genre de document (MEMOIRE d'HONORAIRES, ORDONNANCE MEDICALE, DEVIS, etc). Lorsqu'il s'agit d'un mémoire d'honoraires, cette date est inscrite dans la zone N à la suite du libellé.

Zone finale

O:- La dernière ligne utile de chaque document est réservée à la phrase suivante:

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

Si un espace suffisant est disponible les lettres « mod. » sont remplacées par « modifiée ».

La dernière ligne utile précédant l'inscription **« La loi du 31.3.79, mod. par celle du 11.10.92, art. 28-1(5), est appliquée. »**, est réservée pour l'insertion de remarques éventuelles.

Ordonnance médicale

E: Date d'émission de l'ordonnance

F: Date d'expiration de l'ordonnance

G: Espace réservé au médecin pour l'inscription des prescriptions

H: Espace réservé pour l'inscription des délivrances successives de médicaments. L'estampille utilisée par les pharmaciens a les mensurations suivantes: 9,5 cm (largeur) x 4,5 cm (hauteur).

K/L Espace réservé aux autres prestataires et au contrôle médical.

Mémoire d'honoraires/ Devis pour prothèses dentaires/ Devis pour traitement orthodontique:

Pour les dimensions il y a lieu de se référer au modèle « imprimerie ». L'agrégation des lignes horizontales n'est pas nécessaire. Les lignes verticales sur le modèle imprimerie séparant les différentes colonnes peuvent être remplacées sur le document informatique par un blank aligné sur une ligne verticale.

Comptage des lignes et espaces:

Pour le calcul et la numérotation des lignes il a été pris en considération 10 caractères par pouce (10 CPI). Pour le calcul de la hauteur d'une ligne il a été pris en considération 6 lignes par pouce (6 LPI).

Les caractères d'imprimerie doivent atteindre au minimum 1,8 mm en hauteur et 0,3 mm en largeur.

Tous les documents comptent au maximum en largeur 82 caractères/espaces utiles et 70 lignes utiles en hauteur.

Le code médecin doit être placé sur la première ligne utile dans l'angle supérieur droit.

Tracé d'une ligne du mémoire d'honoraires:

X XX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX(----)XXXXXXXX XX XXXXXXX XXXXXX (voir Mémorial pour les espaces)

Recommandations particulières

Afin de permettre à terme une lecture optique des mémoires d'honoraires **il est recommandé** d'observer les comptage/mesurage suivants des lignes contenant des données obligatoires:

- **Code médecin:** 1ère ligne utile du document, angle supérieur droit placée de préférence à 1,8 cm du bord supérieur correspond à la ligne 1.

Recul de cette inscription par rapport au bord gauche du document. 11,6 cm au moins. (Un recul plus grand vers la droite est également accepté)

- **Matricule patient:** à 6,5 cm du bord supérieur du document, soit ligne 12

- **M + N : Zone d'inscription intermédiaire:** ligne 17

- **1ère ligne portant inscription d'un acte médical:** à 11,5 cm du bord supérieur du document: ligne 21

- **Total:** ligne 31

A noter qu'au maximum 10 lignes peuvent être comptées dans une seule agrégation.

The diagram illustrates the layout of a medical prescription form with the following sections and dimensions:

- Section A:** Top left area, 14 cm wide and 10,1 cm high.
- Section B:** Code médecin: 00 0000-00, 14 cm wide and 1,8 cm high.
- Section C:** Patient information fields: Matricule, Nom patient, Numéro accident, Date accident.
- Section D:** Prescription area with horizontal lines.
- Section E:** Date field, 14 cm wide and 0,85 cm high.
- Section F:** Date expiration field, 14 cm wide and 0,85 cm high.
- Section G:** Large central area for the prescription, 10,4 cm wide and 17 cm high.
- Section H:** Grid for medication doses, 14 cm wide and 8,1 cm high.
- Section I:** Signature area, 10,4 cm wide and 5,4 cm high.
- Section J:** Signature area, 8,6 cm wide and 5,4 cm high.
- Section K:** Prescription delivery area, 8,6 cm wide and 8,5 cm high.
- Section L:** Signature area, 10,4 cm wide and 5,4 cm high.
- Section M:** 1,3 cm wide margin on the left.
- Section N:** Title "ORDONNANCE MEDICALE" centered below the patient information.
- Section O:** Footer containing the text "La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.02, art. 28-1(5), est appliquée".

Date	P. ord.	1	2	3	4	5	6
Dél. 1							
Dél. 2			II				
Dél. 3							
Dél. 4							
Dél. 5							
Dél. 6							
Dél. 7							

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « K »

Constat d'incapacité de travail et de congé pour raisons familiales

(Ajoutée par Mémorial A-1998-058 du 28.07.1998, p. 1009)
(Modification : Mémorial A-2002-098 du 27.08.2002, p. 1973)

Art. 1er Les certificats d'incapacité de travail portent la dénomination officielle « CONSTAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL » - « CONGE POUR RAISONS FAMILIALES » (appelé dans la suite "constat").

Chaque formulaire de constat comprend un jeu de quatre volets collés à l'entête, fabriqué en papier autocopiant.

Le premier volet est de couleur rouge, le deuxième volet est de couleur jaune, le troisième volet est de couleur bleue et le quatrième volet de couleur verte.

Le constat répond aux dimensions et aux contenus des modèles ci-attachés.

Le contenu des informations et instructions à l'attention des assurés est fixé par l'union des caisses de maladie après information préalable à l'association des médecins et médecins-dentistes.

Art. 2 L'utilisation du formulaire du constat, est obligatoire toutes les fois qu'un médecin ou médecin-dentiste est appelé à certifier :

a) l'incapacité de travail, la maternité ou l'incapacité de la personne protégée de suivre les cours scolaires, quelle qu'en soit la durée,

b) les situations où un assuré a droit au congé pour raisons familiales.

Art. 3 Le constat prend la teneur suivante : (suivent les modèles)

Art. 4 Après avoir dûment rempli et signé le constat, le médecin remet l'ensemble des volets à l'assuré.

Art. 5 Les codes de diagnostic employés dans le cadre du constat d'incapacité de travail sont les suivants:

A	Généralités
01	Acte médical avec suite iatrogénique,
02	Cure thermale,

03	Convalescence après intervention chirurgicale jusqu'à la 1ere reprise de travail,
04	Cancer
05	Fracture
06	Contusion, élongation, foulure, commotion
07	Plaie, brûlure
B	Affections neurologiques
10	Vertiges
11	Céphalées
12	Accident vasculaire cérébral
13	Maladie dégénérative du système nerveux central
14	Canal carpien
15	Autre affection neurologique ou musculaire
C	Maladies infectueuses
20	Syndrome grippal
21	Influenza
22	Broncho-pneumopathie bactérienne
23	Otite
24	Sinusite
25	Gastro-entérite aiguë
26	Hépatite virale
27	Infection de la sphère uro-génitale
28	Tuberculose
29	Autre maladie infectieuse ou parasitaire
D	Maladies du tube digestif
35	Ulcère gastro-duodéal, gastrite, oesophagite
36	Colon irritable
37	Colite inflammatoire spécifique
38	Autre affection non cancéreuse du tube digestif
E	Maladies de la peau
40	Eczéma, urticaire, psoriasis
41	Autre affection non cancéreuse de la peau
F	Maladies osteo-articulaires
42	Rhumatisme inflammatoire

43	Maladie dégénérative d'une articulation du membre supérieur,
44	Maladie dégénérative d'une articulation du membre inférieur
45	Arthrose du rachis
46	Hernie discale
47	Affection inflammatoire des gaines, des tendons et des bourses
G	Maladies de l'appareil urinaire et génital
50	Insuffisance rénale chronique
51	Lithiase urinaire
52	Autre affection non cancéreuse de l'appareil uro-génital
H	Affections de la sphère ORL et de la bouche
55	Affection dentaire
56	Autre affection non cancéreuse de la sphère ORL
I	Maladies hématologiques
58	Affection hématologique non cancéreuse
J	Maladies des yeux
60	Affection de la rétine
61	Autre atteinte ophtalmologique
K	Maladies cardio-vasculaires
65	Insuffisance coronarienne
66	Trouble du rythme cardiaque
67	Artérite des membres inférieurs
68	Affection veineuse des membres inférieurs
69	Autre affection cardio-vasculaire
L	Maladies broncho-pulmonaires
70	Insuffisance respiratoire chronique
71	Insuffisance respiratoire aiguë
72	Autre affection broncho-pulmonaire non cancéreuse
M	Affections psychiatriques
75	Intoxication éthylique (y compris les complications)
76	Autre toxicomanie
77	Cure de désintoxication
78	Dépression
79	Psychose

N	Maladies du foie, pancréas et voies biliaires
86	Affection non cancéreuse du pancréas
87	Lithiase biliaire
88	Autre affection non cancéreuse du foie
O	Maladies métaboliques et endocriniennes
90	Affection non cancéreuse de la thyroïde
91	Diabète
92	Autre maladie endocrinienne ou métabolique
P	Affections gynécologiques
95	Affection non cancéreuse du sein
96	Complication au cours de la grossesse
Q	Autres affections
99	Autre pathologie

Code Médecin

Nom du patient: _____

Matricule :

Numéro accident du travail:

Date accident du travail:

Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 1 à transmettre immédiatement à la caisse de maladie à destination du médecin conseil
Cette page du certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par les organismes de sécurité sociale

Nom et adresse de l'employeur (à remplir par l'assuré) _____

1. Congé de maladie ou d'accident	2. Congé pour raisons familiales
L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler	Nom de l'enfant :
A partir du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Matricule de l'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
jusqu'au : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> inclus	a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)
Sortie médicalement contre-indiquée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hospitalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période
Code diagnostic : <input type="text"/> <input type="text"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale
	Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

3. Congé de maternité	
L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse	
a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/>	b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/>
Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date effective de l'accouchement: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus:

.....
Signature du médecin

M001

Code Médecin

Nom du patient: _____

Matricule :
 Numéro accident du travail
 Date accident du travail:

Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 2 à transmettre immédiatement à l'employeur
Cette page du certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par l'employeur

Nom et adresse de l'employeur (à remplir par l'assuré) _____

1. Congé de maladie ou d'accident	2. Congé pour raisons familiales
L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler	Nom de l'enfant :
A partir du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Matricule de l'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jusqu'à : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Inclus	a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)
Sortie médicalement contre-indiquée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hospitalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période
Code diagnostic : <input type="text"/>	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale
	Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3. Congé de maternité	
L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse (Cachet d'ordre à la caisse de maladie)	
a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/>	b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/>
Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date effective de l'accouchement: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

.....
Signature du médecin***M001***

Code Médecin

Nom du patient: _____

Matricule :

Numéro accident du travail :

/

Date accident du travail:

Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 3 à conserver par l'assuré

Le certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par les organismes de sécurité sociale et par l'employeur

Nom et adresse de l'employeur (à remplir par l'assuré) _____	
1. Congé de maladie ou d'accident	
L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler	
A partir du :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jusqu'au :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> inclus
Sortie médicalement contre-indiquée:	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hospitalisation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Code diagnostic : <input type="text"/>	
2. Congé pour raisons familiales	
Nom de l'enfant :	
Matricule de l'enfant :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)	
du	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période	
du	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale	
Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3. Congé de maternité	
L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse	
a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/>	b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/>
Date présumée de l'accouchement :	Date effective de l'accouchement:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus:

.....
Signature du médecin

M001

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « L »

Demande de prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport en série	
N° Matricule: _____ Nom patient: _____	<div style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 5px; font-weight: bold;">DOCUMENT SOUS SECRET MEDICAL</div> Si le traitement est en relation avec un accident de travail: N°/ou date accident: _____
<p>Instruction pour l'utilisateur: La présente demande doit servir à l'établissement du droit de prise en charge des frais de transport en ambulance/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 médecin responsable du centre *) assurant le traitement médical en série et doit être transmise préalablement au commencement du traitement au médecin directeur du contrôle médical de la sécurité sociale à l'adresse suivante: B.P. 1342, L-1013 LUXEMBOURG.</p> <p><i>*) A noter que pour les traitements en dehors du Grand-Duché de Luxembourg le présent certificat peut être rempli par le médecin établi au Luxembourg ayant ordonné le transfert à l'étranger.</i></p>	
Nom du centre dans lequel le patient recevra le traitement: Adresse du centre, si celui-ci se trouve en dehors du Grand-Duché de Luxembourg:	Nom du médecin responsable du traitement du patient au centre: Dr..... Code médecin:..... Coordonnées de contact du médecin: Téléphone..... Fax.....
Diagnostic: Nature du traitement envisagé:	
Durée prévisible du traitement) : (en mois)	Traitement <input type="checkbox"/> AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> STATIONNAIRE
Données concernant le transport du patient:	
Moyen de transport pour L'ALLER <input type="checkbox"/> TAXI <input type="checkbox"/> AMBULANCE <input type="checkbox"/> AUTRE (voiture privée ou transport en commun)	
Moyen de transport pour LE RETOUR <input type="checkbox"/> TAXI <input type="checkbox"/> AMBULANCE <input type="checkbox"/> AUTRE (voiture privée ou transport en commun)	
<p>Note à l'attention du prescripteur: Le transport en ambulance est pris en charge uniquement si une position allongée ou immobilisée est médicalement indispensable. Le transport en taxi est pris en charge uniquement en remplacement de l'ambulance dans les cas où le transport en commun est contre-indiqué du point de vue médical.</p>	
Fréquence des transports / séances pour le traitement: fois par..... (semaine/ mois)	
Justification médicale pour la prescription: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> Signature du médecin date </div>	
Décision du contrôle médical:	

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe technique « M »

Décompte des indemnités horokilométriques en matière de service de nuit en médecine générale.

Art. 1er Le médecin assumant le service de nuit en médecine générale bénéficie à charge de l'union des caisses de maladie du paiement de l'indemnité horokilométrique sur introduction auprès de l'union des caisses de maladie du premier volet du décompte établi conformément au modèle repris dans la présente annexe, dûment complété et signé par lui et, le cas échéant, par l'accompagnateur mis à disposition par le ministère de la santé.

Art. 2 Les feuilles sont mises à disposition des médecins participant au service de nuit par le médecin coordinateur national.

Art. 3 L'association des médecins et médecins-dentistes communique à l'union des caisses de maladie une liste des médecins participant au service de nuit en médecine générale. Les mises à jour de cette liste montrant les ajouts et suppressions sont pareillement communiquées à l'union des caisses de maladie dès leur mise en vigueur.

Les médecins ne figurant pas sur la liste n'ont pas droit au bénéfice des présentes dispositions.

Art. 4 Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes médicaux de la nomenclature prestés dans le cadre du service de nuit en médecine générale 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 nuit a commencé, ceux dont l'heure d'appel se situe après minuit portent la date où finit le service de nuit. (suit le modèle)

SERVICE DE NUIT EN MEDECINE GENERALE

Région **NORD** **CENTRE** **SUD**

MEDECIN (Nom) :.....

CODE MEDECIN INDIV. 90

ACCOMPAGNATEUR (Nom) :.....

CODE MEDECIN ASSOC. 90

DATE: Nuit du.....au.....

PLAQUE VOITURE

Voiture personnelle

Voiture de service

N°	Heure appel	Nom patient	N° Matricule Année	Compteur	I	Localité
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Compteur début (km) :

Compteur fin (km) :

Sous Total

Privé médecin aller : (+)

Privé médecin retour : (+)

TOTAL

Km à répartir

Signature et cachet du médecin

Compte bancaire N°
Banque

Nombre de pages du présent relevé

1 2 3 4

Signature de
l'accompagnateur

Couper suivant cette ligne et
placer cette feuille avec un
papier carbone sur la page 2
avant de compléter

Page N° 1 Envoyer cette page mensuellement au Service « tiers payant » de l'union des caisses de maladie, Boite Postale 1023, -1010 LUXEMBOURG

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « N »

Mémorial A n°217 du 18.11.2015 - pages 4740-4742

1. Formulaire de déclaration de créance pour la restitution des frais de formulaire (suit le formulaire modifié tel qu'il a été publié au Mémorial A 223-2005 p. 3751)

Déclaration de créance pour la restitution de frais pour formulaires préimprimés

- du médecin
 du médecin-dentiste
 de l'association médicale

.....

.....

établi(e) à

Compte No.....
(format IBAN)

Code médecin ou Code association

Il est dû au soussigné médecin, médecin-dentiste association médicale

mandataire dont dénomination:

du chef de la restitution par l'Union des caisses de maladie, sur base de la convention médicale, des formulaires préimprimés utilisés dans le cadre de l'assurance maladie/assurance accidents, dont facture originale en annexe.

Le montant est de euros

En toutes lettres :

Déclaration certifiée sincère, véritable et non encore acquittée

Signature le
(lieu) (date)

DETAIL

FACTURE FORMULAIRES	Nombre de blocs	Montant	Réservé à l'UCM
			Code fourniture
Ordonnances pour aides visuelles			Fi01
Devis pour prothèses dentaires			Fi02
Devis pour traitement d'orthodontie			Fi03
Traitement parallèle hospitalier			Fi04
Relevé tiers payant/action directe			Fi05
Ordonnance médicale			Fi06
Transport en série			Fi07
Transfert à l'étranger			Fi08
Certificats d'incapacité de travail			Fi09
Mémoires d'honoraires 10 lignes			Fi10
Mémoires d'honoraires 20 lignes			Fi11
Déclaration de créance (formulaires)			Fi12
Montant dû pour formulaires (TVA comprise) suivant facture jointe		<input type="text"/>	

La présente déclaration ne s'applique qu'aux formulaires fournis par une imprimerie.
Les frais pour formulaires édités sur l'ordinateur privé du médecin font l'objet d'une restitution annuelle automatique par l'Union des caisses de maladie.

Réservé à l'UCM
No du relevé
Date d'entrée à l'UCM

2. Tarifs de restitution pour les formules standardisées préimprimées:

Les frais engagés par les médecins pour les formules standardisées préimprimées visées à l'article 19 de la convention médicale, à restituer par l'assurance maladie dans le système « imprimerie » sont déterminés d'après le barème suivant:

CNS-AMMD formules standardisées Date: 30 septembre 2015	Commande	Montant HTVA	Montant TVAC (17%)	Code Fourniture	
Forfait d'initialisation					
1 initialisation	1 x	37,26	43,60	FI000001	
Ordonnances pour aides visuelles					
50 blocs	1 x 50	66,85	78,21	FI010050	
100 blocs	1 x 100	113,60	132,91	FI010100	
Devis pour prothèses dentaires					
10 blocs	1 x 10	33,45	39,14	FI020010	
20 blocs	1 x 20	42,99	50,30	FI020020	
Devis pour traitement orthodontie					
10 blocs	1 x 10	33,45	39,14	FI030010	
20 blocs	1 x 20	42,99	50,30	FI030020	
*Relevé Tiers Payant / Action directe					
50 feuilles	1 x	4,80	5,62	FI050001	
Ordonnance médicale					
50 blocs	1 x 50	65,91	77,11	FI060050	
100 blocs	1 x 100	111,98	131,02	FI060100	
150 blocs	1 x 150	158,06	184,92	FI060150	
200 blocs	1 x 200	207,00	242,19	FI060200	
*Transport en série					
5 blocs	1 x 5	5,30	6,20	FI070005	
*Transfert à l'étranger					
5 blocs	1 x 5	5,58	6,53	FI080005	
Constats d'incapacité de travail					
	250 jeux	1 x 250	75,23	88,02	FI090250
	500 jeux	1 x 500	98,76	115,55	FI090500
	1250 jeux	1 x 1250	169,37	198,16	FI091250
	2500 jeux	1 x 2500	285,03	333,49	FI092500
Mémoires d'honoraires 10 lignes					
50 blocs	1 x 50	65,91	77,11	FI100050	
100 blocs	1 x 100	111,92	130,94	FI100100	
150 blocs	1 x 150	158,06	184,92	FI100150	
200 blocs	1 x 200	207,00	242,19	FI100200	
Mémoires d'honoraires 20 lignes					
50 blocs	1 x 50	65,91	77,11	FI110050	
100 blocs	1 x 100	111,92	130,94	FI110100	
150 blocs	1 x 150	158,06	184,92	FI110150	
200 blocs	1 x 200	207,00	242,19	FI110200	
*Déclaration de créance (formulaire)					
1 bloc	1 x	1,44	1,68	FI120001	

*Formules non personnalisées.

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « 0 »



TIERS PAYANT / ACTION DIRECTE

Relevé des notes d'honoraires
et frais de formulaires préimprimés

du médecin,
du médecin-dentiste

demeurant à :

Compte N°
(format IBAN)

Code médecin

Réservé à l'UCM
No du relevé
Date d'entrée à l'UCM

--

du chef de la fourniture de soins de santé aux ayants droit de l'assurance maladie.

pendant la période du au

Nombre de mémoires d'honoraires présentés

Montant total des honoraires.....

Montant de la facture pour formulaires préimprimés:

Certifié sincère, véritable mais non encore acquitté

..... le
(lieu) (date)

Signature:

N° d'ordre	Note No	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
à reporter :			<input type="text"/>	

N° d'ordre	Note No	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
		REPORT.....		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
à reporter :				

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « P »

Le rapport de la réunion est à remplir et à signer par le médecin rapporteur lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie telle que prévue dans la nomenclature des actes et services des médecins et est à joindre au dossier patient hospitalier. Une copie de la feuille de présence à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie doit être jointe au mémoire d'honoraires de chaque médecin ayant participé à la réunion.

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Nouveau Diagnostic : Rapport

Etiquette personne protégée

Prénom	Nom
Matricule	Nom Marital

1. Date incidence (JJ-MM-AAAA) ____/____/_____
 Ordre de priorité décroissante : 1 = 1ère confirmation histologique / cytologique, 2 = évaluation clinique/hospitalisation

2. Moyen de Diagnostic (entourer, plusieurs items sont permis)
 1 = histologie tumeur primitive 2 = histologie métastase 3 = cytologie / hématologie 4 = examen clinique
 5 = examen technique (ex RX, endoscopie..) 6 = marqueur tumoral (ex PSA, HCG, AFP, Ig) 7 = inconnu

3. Score OMS du Diagnostic (entourer)
 1 = Asymptomatique, activité normale 2 = Symptomatique, mais ambulant 3 = Symptomatique, allié < 50 % journée
 4 = Symptomatique, allié > 50 % journée 5 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire

4. Localisation de la Tumeur primitive (remplir) _____

5. Latéralité (uniquement pour organe pair) (entourer) 1 = gauche 2 = droite 3 = inconnu

6. Diagnostic Histologique (remplir) _____

7. Degré de différenciation (entourer) 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff. / anaplasique 5 = inconnu

8. TNM Clinique (UICC 2002) cT _____ cN _____ cM _____

9. TNM Pathologique (2002) pT _____ pN _____ pM _____

10. Autres Types de Stade Clinique (entourer)
 1. Ann Arbor, 2. Figo, 3. Salmon Dury, 4 Clark, 5. Breslow, autre (remplir) : _____
 Stade (remplir) : _____

11. Date Début du 1^{er} Traitement (JJ-MM-AAAA) ____/____/_____

12. Traitements déjà Reçus (remplir chronologiquement à partir de la date du 1^{er} traitement)

--	--	--	--	--	--

10: Chirurgie	15: Greffe moelle osseuse	
20: RX Thérapie externe/ Curiothérapie	22: RX Thérapie pré-opératoire	24: RX Thérapie post-opératoire
25: Chimio-radiothérapie concomitante	30: Isotopes	35: Symptomatique
40: Chimiothérapie	42: Chimiothérapie pré-opératoire	44: Chimiothérapie post-opératoire
45: Hormonothérapie	50: Immunothérapie	60: Thérapie ciblée
80: Endoscopie interventionnelle	82: Biphosphonates	90: Abstention thérapeutique
85: Autre forme de traitement : (remplir) _____		
92: Pas de thérapie	94: Refus de thérapie	99: Inconnu

13. Plan de Traitement Ulérieur (intention)
 Remplir les codes chronologiquement, voir point 12

--	--	--	--	--	--

14. Prise en charge supportive : O douleur O psychologique O génétique O stomathérapie O autre

15. Remarque :

Date : ____/____/_____

Médecin rapporteur :

Cachet Médecin rapporteur

Code Médecin: _____

Feuille de présence de la RCP : Nouveau Diagnostic

Prénom	Nom
Matricule	Nom Marital

Etiquette personne protégée

A: **Caisse Nationale de Santé**

De : **Médecin rapporteur RCP**

Objet : **Compte Rendu de la RCP**

Date de la RCP : ___/___/_____ Début __:___ Fin __:___

Lieu de la RCP : CHDN CHEM CHL H. du Kirchberg C. Ste Thérèse _____

Les médecins ayant contribué à la décision sont :

	Code Médecin	Nom : (Médecin rapporteur figure en position 1.)	Spéc. Médicale	Signature	Présence	
					Effective	Vidéo.
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le médecin rapporteur certifie que :

- les médecins susmentionnés ont participé à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)
- le rapport de réunion RCP a été rédigé et le patient a été informé du projet thérapeutique.

Le rapport de la réunion RCP fait désormais partie du dossier patient et sur demande une copie du rapport est transmise par le médecin rapporteur au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Une copie de la présente est à joindre au mémoire d'honoraires de chaque médecin ayant participé à la RCP.

Date : ___/___/_____

Signature Médecin rapporteur :

Cachet Médecin rapporteur

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Follow-Up : Rapport

Etiquette personne protégée

Prénom	Nom
Matricule	Nom Marital

1. Données de la Tumeur Primitive

1.1 Localisation de la Tumeur Primitive (remplir) _____

1.2 Histologie de la Tumeur Primitive (remplir) _____

1.3 Date de l'incidence (JJ-MM-AAAA) ____/____/____
Ordre de priorité décroissante : 1 = confirmation histocyto 2 = hospitalisation / évaluation clinique

1.4 Intervalle libre ? Oui NON

1.5 Date de la 1^{ère} Récidive (si intervalle libre) ____/____/____
Ordre de priorité décroissante 1 = confirmation histocyto 2 = hospitalisation / évaluation clinique

Cocher plusieurs items sont possibles
 Local Régional Métastases

2. Plan de Traitement en raison de la Problématique actuelle (intention)

(remplir les codes chronologiquement)

--	--	--	--	--	--

10 : Chirurgie	15 : Greffe moelle osseuse	24 : RX Thérapie post-opératoire
20 : RX Thérapie externe/ Cufethérapie	22 : RX Thérapie pré-opératoire	35 : Symptomatique
25 : Chimio-radiothérapie concomitante	30 : Isotopes	44 : Chimiothérapie post-opératoire
40 : Chimiothérapie	42 : Chimiothérapie pré-opératoire	60 : Thérapie ciblée
45 : Hormonothérapie	50 : Immunothérapie	90 : Abstention thérapeutique
80 : Endoscopie interventionnelle	82 : Biphosphonates	
85 : Autre forme de traitement : (remplir) _____	94 : Refus de thérapie	99 : Inconnu
92 : Pas de thérapie		

3. Pris en charge supportive :

douleur psychologique génétique stomathérapie autre

4. Remarque :

Date : ____/____/____

Médecin rapporteur :

Cachet Médecin rapporteur

Code Médecin: _____

Feuille de présence de la RCP : Follow Up

Prénom	Nom
Matricule	Nom Marital

Etiquette personne protégée

A: **Caisse Nationale de Santé**

De : **Médecin rapporteur RCP**

Objet : **Compte Rendu de la RCP**

Date de la RCP : ____/____/____ Début __:__:__ Fin __:__:__

Lieu de la RCP : CHDN CHEM CHL H. du Kirchberg C. Ste Thérèse _____

Les médecins ayant contribué à la décision sont :

	Code Médecin	Nom : (Médecin rapporteur figure en position 1.)	Spéc. Médicale	Signature	Présence Effective Vidéoc.
1.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Le médecin rapporteur certifie que :

- les médecins susmentionnés ont participé à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)
- le rapport de réunion RCP a été rédigé et le patient a été informé du projet thérapeutique.

Le rapport de la réunion RCP fait désormais partie du dossier patient et sur demande une copie du rapport est transmise par le médecin rapporteur au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Une copie de la présente est à joindre au mémoire d'honoraires de chaque médecin ayant
participé à la RCP.

Date : ____/____/____

Signature Médecin rapporteur :

Cachet Médecin rapporteur

Association des médecins et médecins-dentistes

Annexe « Q »

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DIRECTE
(selon Article 24 alinéa 2 CSS)

Office social compétent :

[Désignation 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.

_____ Année Mois Jour N°Ctr
(nom et prénom du bénéficiaire) (matricule)


Cette attestation est établie en vue de l'obtention de la prise en charge directe 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 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 social et signature

Spécimen d'étiquette attestant le bénéfice de la prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires en vertu de l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

 <p>CNS d'Gesondheetskeess</p>	<p>Désignation de l'Office Social émetteur</p> <p>Numéro d'identification</p>
--	--

Prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires (Art 24 al.2 CSS)

Personne bénéficiaire :

<p>matricule</p> <p>Nom et prénom du bénéficiaire</p> <p>Période de validité : du au</p>
--

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