

# Société luxembourgeoise de biologie clinique

**Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les laboratoires d'analyses de biologie médicale, 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 14 de la convention du 10 juin 2015 conclue entre la Fédération luxembourgeoise des Laboratoires d'analyses médicales et la Caisse nationale de santé.**

Texte coordonné applicable à partir du 01.01.2016

La consolidation consiste à intégrer dans un acte juridique ses modifications successives, elle a pour but d'améliorer la transparence du droit et de le rendre plus accessible.

Ce texte consolidé a uniquement une valeur documentaire. Il importe de noter qu'il n'a pas de valeur juridique.

## Historique

Mémorial		Modifications	Mise en vigueur
1.	<a href="#">Mémorial A n° 199</a> du 20.10.2015	<ul style="list-style-type: none"><li>Nouvelle convention</li></ul>	01.01.2016
2.	<a href="#">Mémorial A n° 261</a> du 29.12.2015	<ul style="list-style-type: none"><li>Rectificatif (A n° 199)</li></ul>	/

# Sommaire

I. Généralités.....	3
Inventaire des annexes.....	3
II. Déclaration d'un laboratoire de collaboration étranger.....	4
III. Transmission des données par voie électronique.....	4
Choix du réseau .....	4
Mise en oeuvre de la transmission par voie électronique de données.....	4
Dénomination des fichiers.....	4
Notification du dépôt d'un fichier .....	4
Conservation des preuves numériques.....	4
Référentiels.....	5
IV. Processus de transmission par voie électronique des données.....	5
1. Facturation .....	5
Contenu de la facture.....	5
Formats des fichiers .....	5
Entrée des données à la CNS.....	5
Retour de données au laboratoire .....	6
Contestation des prestations.....	6
Transmission des motifs de refus à la personne protégée.....	6
Valeur comptable des pièces justificatives «papier».....	6
2. Demande d'autorisation.....	6
Définition des fichiers entrants et sortants .....	6
Formats des fichiers .....	7
Numérisation des pièces justificatives et entrée des données .....	7
Retour des données au laboratoire .....	7
3. Gestion des ordonnances .....	8
Définition des fichiers entrants.....	8
Transmission et format des ordonnances adressées à la CNS .....	8
Numérisation des ordonnances .....	8
Qualité de la pièce numérique .....	8
Tri des ordonnances.....	8
Invalidation des ordonnances .....	8
V. Vérification des données prévues à l'article 6 de la convention .....	9
VI. Dispositions transitoires.....	10
Annexes.....	11
Annexe I .....	11
Annexe II .....	14
Annexe III .....	16

Annexe IV .....	19
Annexe V .....	20
Annexe VI .....	21
Annexe VII .....	22
Annexe VIII .....	23
Annexe IX .....	24
Annexe X .....	25
Annexe XI .....	27
Annexe XII .....	28
Annexe XIII .....	29

## I. Généralités

### Inventaire des annexes

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les documents visés par le présent cahier des charges sont les suivants:

- glossaire ([Annexe I](#));
- dénomination des fichiers ([Annexe II](#));
- description des fichiers - cadre facturation ([Annexe III](#));
- facture individuelle ([Annexe IV](#));
- relevé récapitulatif ([Annexe V](#));
- accusé de réception du relevé récapitulatif ([Annexe VI](#));
- justificatif de paiement ([Annexe VII](#));
- liste des motifs de contestation ([Annexe VIII](#));
- demande d'autorisation ([Annexe IX](#));
- description du fichier - cadre autorisation ([Annexe X](#));
- description du fichier - cadre ordonnance ([Annexe XI](#));
- catégories de lieu de prélèvement ([Annexe XII](#));
- gestion des demandes d'autorisation ([Annexe XIII](#)).

**Remarque explicative:** Toutes les formules visées par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre les personnes protégées, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, ci-après nommé laboratoire(s), le Contrôle médical de la sécurité sociale, les caisses de maladie, la Caisse nationale de santé et l'Association d'assurance contre les accidents.

A l'annexe I du cahier des charges, qui fait partie intégrante de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, un glossaire explique les termes et expressions utilisés dans le cadre des échanges électroniques entre les parties liées par la présente convention.

## **II. Déclaration d'un laboratoire de collaboration étranger**

**Art. 2.** Conformément à l'article 2 de la convention, le laboratoire qui transmet une analyse vers un laboratoire étranger ne disposant pas d'identifiant (code prestataire) auprès de la CNS, fait une déclaration d'un laboratoire de collaboration auprès de la CNS en utilisant le formulaire type lui mis à disposition par téléchargement électronique sur le site internet de la CNS. Sur base des renseignements fournis, la CNS attribue un code au laboratoire étranger et porte ce code à la connaissance des laboratoires conventionnés par voie électronique. Ce code est renseigné par le laboratoire transmetteur dans le fichier de facturation.

## **III. Transmission des données par voie électronique**

### **Choix du réseau**

**Art. 3.** Un raccordement au réseau Healthnet selon les conditions et les modalités prévues dans la convention est requis pour la transmission de données par voie électronique.

### **Mise en oeuvre de la transmission par voie électronique de données**

**Art. 4.** Pour effectuer la transmission par voie électronique le laboratoire s'engage à se doter des moyens de communication suffisants et à suivre la procédure publiée sur le site Internet de la CNS pour accéder au transfert par voie électronique de données structurées et normalisées, de système informatique à système informatique. Il utilise le formulaire de demande accès - échanges électroniques de données.

La CNS communique au laboratoire la décision d'accord ou de refus du droit d'accès à la transmission par voie électronique et le cas échéant lui fait part des motifs de refus. En cas d'accord, le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) lui communique son code et son mot de passe pour qu'il puisse accéder à son compte.

### **Dénomination des fichiers**

**Art. 5.** La dénomination des fichiers prévus par la convention et le présent cahier des charges est prévue à l'annexe II.

**Art. 6.** Lors de la transmission par voie électronique des documents, le laboratoire s'engage à respecter la dénomination des fichiers ainsi que les libellés et le contenu des différentes zones définies dans les fichiers électroniques tels que prévus aux annexes du présent cahier des charges.

### **Notification du dépôt d'un fichier**

**Art. 7.** Lors de chaque dépôt d'un fichier effectué par un laboratoire sur le compte CNS, la CNS en informe le laboratoire. Cette information constitue une simple notification de dépôt et n'a pas de valeur juridique.

### **Conservation des preuves numériques**

**Art. 8.** Dans le cadre des processus de transmissions électroniques, à savoir la facturation, l'autorisation, et les ordonnances, les pièces justificatives numériques sont intégrées et sauvegardées dans les archives électroniques du laboratoire et de la CNS. L'intégration et la

conservation se font conformément aux conditions et modalités prévues par les lois, règlements et conventions en vigueur.

## Référentiels

**Art. 9.** La CNS met à disposition des laboratoires:

- la liste des codes prestataires des médecins prescripteurs et des laboratoires luxembourgeois et étrangers;
- la liste des codes de contestation avec leurs libellés respectifs;
- la liste des codes des catégories de lieu de prélèvement.

En cas de mise à jour de l'une des listes ci-dessus, la CNS s'engage à transmettre un nouveau référentiel aux laboratoires dans les délais les plus brefs.

## IV. Processus de transmission par voie électronique des données

### 1. Facturation

#### Contenu de la facture

**Art. 10.** Indépendamment du support sur lequel elle est présentée, la facture comporte obligatoirement les données figurant sur le modèle prévu à l'annexe IV du présent cahier des charges.

**Art. 11.** Dans le cadre d'une matérialisation de la facture, elle est établie conformément au modèle prévu à l'annexe IV du présent cahier des charges.

#### Formats des fichiers

**Art. 12.** Le fichier de facturation est au format XML pour tout échange de données.

#### Entrée des données à la CNS

**Art. 13.** Le laboratoire fait parvenir le fichier de facturation par voie électronique à la CNS. Le relevé récapitulatif servant à la facturation établi conformément à l'annexe V est transmis sur support papier, muni de la signature du représentant du laboratoire.

**Art. 14.** Chaque code prestataire facturier ne peut introduire qu'un seul fichier de facturation par mois de calendrier à la CNS.

Le fichier de facturation introduit à la CNS au cours du mois M porte le nom du mois précédent (M-1) ainsi que l'année correspondante (AAAAMM-1). A défaut le fichier est retourné au laboratoire sans être traité. Il est loisible au laboratoire de présenter les factures sur un fichier de facturation subséquent.

**Art. 15.** Les délais de paiement sont calculés selon les dispositions prévues à la convention par référence à la date d'entrée à la CNS du relevé récapitulatif remplissant les conditions énoncées à l'article 17 du cahier des charges et ayant fait l'objet d'un accusé de réception, et à la date de paiement par la CNS.

## Retour de données au laboratoire

**Art. 16.** La CNS envoie par voie électronique une information de dépôt des fichiers sur le serveur lorsque les données entrées sur le fichier de facturation sont exploitables et conformes à l'annexe III du présent cahier des charges. Dans le cas contraire, le fichier est retourné sans être traité au laboratoire par voie électronique avec indication des motifs du retour.

**Art. 17.** La CNS accuse réception du relevé récapitulatif, du moment que les données transmises par voie électronique soient exploitables, que les montants communiqués par voie électronique coïncident avec ceux du relevé récapitulatif et que tous les documents prévus au niveau de la convention lui soient parvenus. Dans le cas contraire, le laboratoire en sera informé par écrit avec mention des motifs de refus de réception. L'accusé de réception prend la forme prévue à l'annexe VI. L'accusé de réception renseigne expressément la date qui sert de point de départ au calcul du délai prévu à l'article 23 de la convention.

**Art. 18.** Avec le paiement la CNS transmet au laboratoire un justificatif de paiement sur support papier. Ce justificatif de paiement prend la forme prévue à l'annexe VII.

## Contestation des prestations

**Art. 19.** En cas de contestation de prestations, la CNS dépose le fichier de facturation électronique de retour sur le serveur en indiquant le cas échéant les motifs de contestation tels que définis à l'annexe VIII.

## Transmission des motifs de refus à la personne protégée

**Art. 20.** Lorsque les prestations faisant l'objet d'une contestation sont définitivement écartées de la procédure du tiers payant telle que visée à l'article 24 de la convention, le laboratoire est en droit d'émettre une facture à la personne protégée.

La facture émise à la personne protégée indique clairement que l'acte refacturé a été soumis à la procédure du tiers payant et y a fait l'objet d'un refus au(x) motif(s) précisé(s) par la CNS.

## Valeur comptable des pièces justificatives «papier»

**Art. 21.** Dans le cadre des échanges entre les laboratoires et la CNS, font office de pièces justificatives des écritures comptables les documents suivants:

- le relevé récapitulatif;
- le justificatif de paiement.

## 2. Demande d'autorisation

### Définition des fichiers entrants et sortants

**Art. 22.** La dénomination des fichiers comportant les données des demandes d'autorisation font l'objet de l'annexe II.

**Art. 23.** La demande d'autorisation prévue à la convention est transmise par voie électronique au format XML tel que défini à l'annexe X.

Dans le cadre d'une matérialisation de la demande d'autorisation, elle est établie conformément au modèle prévu à l'annexe IX du présent cahier des charges.

Les codes collectifs suivants sont utilisés en fonction de la procédure appliquée:

LDE0001	Analyse <del>ne figurant pas</del> dans la nomenclature luxembourgeoise des actes de laboratoires d'analyses médicales mais dans celle des analyses prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie légale dans le pays (UE, EEE ou Suisse) où elle est effectuée. - <i>procédure en vertu de l'article 22 de la convention</i> - <b>ACM requis</b>
LEE0001	Analyse exceptionnelle <del>ne figurant ni</del> dans la nomenclature luxembourgeoise des actes de laboratoires d'analyses médicales ni dans celle des analyses prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie légale dans le pays (UE, EEE ou Suisse) où elle est effectuée. - <i>procédure en vertu de l'article 19, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale</i> - <b>ACM requis</b>
LFE0001	Analyse exceptionnelle <del>ne figurant pas</del> dans la nomenclature des actes de laboratoires d'analyses médicales et transférée hors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse. - <i>procédure en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale</i> - <b>APCM requis</b>
LGE0001	Frais d'expédition en cas de transfert d'analyse hors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse. - <i>procédure en vertu de l'article 22 de la convention</i> - <b>APCNS requis</b>

Chaque analyse fait l'objet d'une demande séparée.

Les demandes de prise en charge des frais d'expédition hors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse sont formulées sur la même demande que l'analyse s'y rapportant. Les frais d'expédition sont documentés par un devis émis par le transporteur. La prise en charge des frais d'expédition est conditionnée par la prise en charge des analyses s'y rapportant.

Les différentes procédures sont schématisées à l'annexe XIII.

### Formats des fichiers

**Art. 24.** Le fichier d'autorisation est en format XML pour tout échange de données.

### Numérisation des pièces justificatives et entrée des données

**Art. 25.** L'envoi de la demande d'autorisation ainsi que le retour de la décision de la CNS au laboratoire se font par voie électronique. Les pièces justificatives à l'appui de la demande, le cas échéant, numérisées par le laboratoire sont envoyées au format XML à la CNS.

### Retour des données au laboratoire

**Art. 26.** Après traitement du dossier de demande d'autorisation, la CNS communique sa décision par voie électronique au laboratoire demandeur sous format XML.

La décision d'accord de prise en charge est matérialisée par l'émission d'un titre de prise en charge.

Le titre de prise en charge est défini par un numéro permettant de l'identifier lors de la facturation. Dans le cadre d'une prise en charge directe (tiers payant) l'envoi de l'original du

titre de prise en charge lors de la facturation devient facultatif, si le numéro du titre de prise en charge figure dans la zone prévue à cet effet dans le fichier de facturation électronique transmis à la CNS.

### **3. Gestion des ordonnances**

#### **Définition des fichiers entrants**

**Art. 27.** La dénomination des fichiers contenant les ordonnances fait l'objet de l'annexe II.

Les zones reprises au fichier XML des ordonnances avec leurs spécificités sont détaillées à l'annexe XI.

#### **Transmission et format des ordonnances adressées à la CNS**

**Art. 28.** Les laboratoires transmettent obligatoirement le fichier contenant les métadonnées des ordonnances au format XML accompagné des ordonnances numériques au format PDF.

Le laboratoire fait parvenir les ordonnances numériques accompagnées du fichier contenant les métadonnées tout au plus une fois par mois par dépôt électronique sur le serveur de la CNS, exception faite pour les ordonnances transmises lors du processus d'autorisation.

#### **Numérisation des ordonnances**

**Art. 29.** Le fichier image comportant les pièces numérisées est présenté au format PDF. Un fichier image ne pourra comporter qu'une seule ordonnance. L'ordonnance amendée est contenue dans la même image suivant un ordre chronologique. Le nom de l'image au format PDF est unique.

#### **Qualité de la pièce numérique**

**Art. 30.** La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être au minimum de 200DPI et ne pas excéder 300DPI.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type PDF/A est de A4 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800 x 600 ou une résolution supérieure à définir entre parties.

#### **Tri des ordonnances**

**Art. 31.** Aussi longtemps que les ordonnances originales sont présentées à la CNS sous format papier, elles sont remises en bloc une fois par mois dans le même ordre que le fichier électronique de facturation.

#### **Invalidation des ordonnances**

**Art. 32.** L'invalidation des ordonnances prévues à l'article 17 de la convention se fait comme suit:

- a. Les ordonnances ne comportant pas de prestations à délivrances répétitives.



Après exécution des prestations, le laboratoire appose la mention «PRESTATIONS DELIVRÉES» au niveau de chaque prestation ou, lorsque toutes les prestations sont exécutées, au niveau de l'ordonnance.

b. Les ordonnances comportant des prestations à délivrances répétitives.

Le laboratoire inscrit, par ligne, le nombre total des prestations répétitives, la date prestation et le nombre des prestations effectuées sur la grille spéciale de l'ordonnance. Une copie de cette ordonnance conforme, datée et signée est remise à la personne protégée.

## **V. Vérification des données prévues à l'article 6 de la convention**

**Art. 33.** Les données visées par l'article 6 de la convention sont les suivantes:

- l'état d'affiliation de la personne protégée;
- la vérification à la date prestation de la validité du «numéro accident» qui est le numéro de référence du dossier de l'accident du travail ou de trajet déclaré ou de la maladie professionnelle déclarée;
- le code prestataire du médecin prescripteur.

La vérification des données se fera via Internet au moyen d'une authentification par un certificat LuxTrust professionnel auprès du Centre des technologies de l'information de l'Etat (CTIE).

L'accès à la vérification des données par le laboratoire est subordonné à l'ouverture du droit d'accès aux données du Centre commun de la sécurité sociale - Section informatique (ci-après CCSS) conformément aux conditions et modalités prévues par la convention et le présent cahier des charges.

L'ouverture par la CNS du droit d'accès aux données du CCSS se fait sur base d'une demande du laboratoire et est subordonnée aux conditions suivantes:

- le raccordement au réseau Healthnet en vue de la transmission par voie électronique des données en application de l'article 4 du présent cahier des charges;
- la détention par toutes les personnes en charge de la vérification de l'affiliation d'un accès LuxTrust professionnel;
- la communication au préalable au service compétent de la CNS des numéros d'identification unique (anciennement numéro matricule) des personnes en charge de la vérification des données au sein du laboratoire en utilisant le formulaire type lui mis à disposition par téléchargement électronique sur le site internet de la CNS;
- l'engagement par le laboratoire de la communication immédiate à la CNS de toute cessation de la relation de travail d'une personne détentrice d'un droit d'accès aux données du CCSS. Cette communication aura pour effet la fermeture avec effet immédiat du droit d'accès aux données du CCSS par la CNS.

Les devoirs et obligations en relation avec l'authentification par certificat LuxTrust professionnel sont définis par la LuxTrust S.A..

La CNS peut procéder ou faire procéder à des vérifications périodiques du respect des conditions du présent article. Le constat du non-respect d'une des conditions ci-dessus entraînera la fermeture avec effet immédiat du droit d'accès aux données du CCSS par la CNS.

L'utilisation des données disponibles est strictement limitée à des fins professionnelles en relation avec l'exécution des droits et obligations conventionnels.

**Art. 34.** Chaque laboratoire met en place un service d'assistance technique (Helpdesk level 1) à disposition de ses utilisateurs. En tant que point de contact unique interne au laboratoire, ce service est chargé de l'évaluation et de la résolution des problèmes liés au contrôle de l'affiliation, et le cas échéant, de transmettre le problème vers le service concerné du CCSS (Helpdesk level 2) ou de LuxTrust en fonction du problème rencontré.

## **VI. Dispositions transitoires**

- 1) **Vérification de l'état d'affiliation de la personne protégée:** les dispositions relatives à la vérification de l'état d'affiliation de la personne protégée du présent cahier des charges sont d'application jusqu'à la mise à disposition d'un webservice permettant une vérification intégrée dans le système informatique des laboratoires.
- 2) **Liste des codes prestataires des médecins prescripteurs et des laboratoires:** la CNS met à disposition des laboratoires la liste des codes prestataires des médecins prescripteurs et des laboratoires sur base hebdomadaire jusqu'à la mise à disposition d'un webservice permettant une intégration de ces codes dans le système informatique des laboratoires.
- 3) **Contestation des prestations:** en cas de contestation de prestations et tant que les données ne sont pas retournées par voie électronique au format XML, la CNS transmet au laboratoire le fichier de facturation électronique de retour accompagné de la liste des motifs de contestation au format PDF tel que défini à l'annexe VIII.

Toutefois, la liste des motifs de contestation au format PDF devient facultative, si les données sont retournées au laboratoire par voie électronique au format XML.

## Annexe I

### Annexe I: Glossaire

<b>Avis administratif Caisse nationale de santé (CNS)</b>	La conclusion de l'instruction du dossier de demande d'autorisation avant l'émission d'une décision est conditionnée par l'accomplissement des conditions administratives. Cet avis peut se traduire par un accord ou un refus. Cet avis peut être préalable ou non à la date prestation (Abr.: A CNS ou AP CNS).
<b>Avis médical du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)</b>	La conclusion de l'instruction du dossier de demande d'autorisation avant l'émission d'une décision peut être conditionnée par l'obtention d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis peut se traduire par accord ou refus. Cet avis peut être préalable (APCM) ou non (ACM) à la date prestation.
<b>Code de l'organisme payeur</b>	Code à 2 positions numériques définissant l'organisme de sécurité sociale compétent.
<b>Code de l'acte</b>	Notion nomenclature: identifiant de l'acte.
<b>Code exécutant</b>	Code de celui qui effectue ou dispense la prestation.
<b>Code facturier</b>	Code du créancier de la CNS.
<b>Code prescripteur</b>	Code prestataire individuel du médecin qui a le droit d'établir une ordonnance.
<b>Code prestataire</b>	Code prestataire attribué à une personne physique ou morale qui a un lien conventionnel ou contractuel avec l'assurance maladie (syn.: code fournisseur).
<b>Conditions administratives</b>	Ex.: Conditions de la validité de l'affiliation, du code prestataire, contrôle du nombre maximum de prestations prises en charge pour une période définie, etc.
<b>Contrôles sémantiques</b>	Contrôles de fond, de contenu.
<b>Contrôles syntaxiques</b>	Contrôles de forme, de format, contrôle de l'exploitabilité des données figurant au fichier.
<b>Date d'établissement de l'ordonnance</b>	Date à laquelle le médecin émet l'ordonnance (syn.: date de prescription, date d'émission de l'ordonnance, date début ordonnance, date ordonnance).
<b>Date d'expiration de l'ordonnance</b>	Date jusqu'à laquelle l'ordonnance est valide. À défaut d'être indiquée par le médecin, elle est ajustée automatiquement au délai statutaire pour les laboratoires. À partir de cette date, l'ordonnance ne peut plus être présentée pour l'obtention d'une prestation, exception faite pour les prestations à délivrances répétitives (syn.: date fin ordonnance, date fin de validité ordonnance, validité ordonnance).
<b>Date de l'avis du CMSS</b>	Date à laquelle le CMSS a émis son avis qui se traduit en accord ou refus.
<b>Date d'établissement du titre de prise en charge</b>	Date à laquelle le titre de prise en charge est émis par la CNS.
<b>Date de début de validité du titre de prise en charge</b>	Date de début du droit à la prise en charge des prestations accordées suivant les conditions inscrites sur le titre de prise en charge.
<b>Date de fin de validité du titre de prise en charge</b>	Date de fin du droit à la prise en charge des prestations accordées suivant les conditions inscrites sur le titre de prise en charge.
<b>Date début de traitement</b>	Date à laquelle la première prestation du traitement prescrit est réalisée.
<b>Date fin de traitement</b>	Date jusqu'à laquelle le traitement prescrit peut être effectué. Date liée à la prestation et non à l'ordonnance. Date de fin de la période sur laquelle le traitement prescrit court.
<b>Date entrée à la CNS</b>	Date à laquelle le dossier (demande d'autorisation ou de facturation) est entré à la CNS ou auprès d'une autre institution de sécurité sociale.
<b>Date d'établissement du dossier</b>	Date à laquelle le dossier est créé par le prestataire (date reprise sur le formulaire ou sur l'ordonnance).
<b>Date d'établissement de la facture individuelle</b>	Date à laquelle la facture est établie par le prestataire.

<b>Date prestation (JJMMAAAA)</b>	La date prestation qui est renseignée sur la facture individuelle, est définie dans la convention. Cette date correspond à <ul style="list-style-type: none"> <li>– la date de prélèvement de l'échantillon lorsque celui-ci est effectué par le laboratoire ou</li> <li>– la date de réception du prélèvement par le laboratoire lorsque le prélèvement est effectué par un médecin ou un infirmier ne pratiquant pas pour le compte du laboratoire facturant ou</li> <li>– la date de réception du prélèvement par le laboratoire lorsque le prélèvement lui parvient par la personne protégée ou un tiers.</li> </ul>
<b>Décision de la CNS</b>	Décision positive ou négative prise par la CNS en conclusion de l'instruction d'un dossier de demande.
<b>Décision d'autorisation de la CNS</b>	Décision d'accorder un droit à la personne protégée pour une prestation subordonnée à une autorisation documentée sur le titre de prise en charge (syn.: autorisation, décision positive, accord).
<b>Décision de refus de prise en charge</b>	Décision négative qui n'est jamais documentée sur un titre de prise en charge (syn.: refus).
<b>Demande d'autorisation déposée à la CNS</b>	Dossier de demande pour l'obtention de la prise en charge par l'assurance maladie d'une prestation de soins de santé subordonnée à une autorisation préalable ou non.
<b>Doublon</b>	Deux factures différentes destinées à une même personne protégée pour un même acte et à une même date prestation. La dernière des factures présentées est en règle générale refusée.
<b>Durée de validité de l'ordonnance</b>	Une ordonnance n'est jamais répétitive, mais les prestations peuvent être répétitives. Ainsi, les actes prescrits peuvent être effectués plusieurs fois à des dates prestation différentes si le médecin indique par acte précisément la fréquence et la période endéans laquelle ces actes sont à effectuer. Cette période de traitement doit débiter avant la date d'expiration de l'ordonnance et ne peut dépasser les 6 mois à compter de la date d'établissement de l'ordonnance.
<b>Durée du traitement prescrit</b>	Le médecin prescripteur définit la fréquence à laquelle et la période dans laquelle les prestations sont à exécuter.
<b>Facture individuelle</b>	Une facture distincte par ordonnance, par date prestation, est établie pour chaque personne protégée.
<b>Justificatif de paiement</b>	Pièce comptable établie par la CNS suite à la demande de paiement présentée sur le relevé récapitulatif, retournée au prestataire ou à la personne protégée pour le renseigner sur les montants effectivement payés (+), les redressements et corrections (+/-), les retenues (-) (ex.: impôt) et les contestations (-).
<b>Lieu de prestation de l'acte</b>	Dans le cadre des laboratoires, les lieux ont été catégorisés et une liste de codes spécifiques a été établie. Il s'agit du lieu de prélèvement de l'échantillon.
<b>Moment de la prestation (HHMM)</b>	Le moment précise la date prestation par l'indication de l'heure et de la minute.
<b>Montant brut unitaire par acte sur une ligne</b>	Montant facturé pour un seul acte presté à une même date prestation par le laboratoire à la personne protégée. En règle générale, ce montant est égal au tarif de la nomenclature.
<b>Montant brut par ligne</b>	Lorsque le nombre d'actes de même nature prestés à une même date prestation est > 1 (défaut = 1) le montant brut par ligne est égal au nombre multiplié par le montant brut unitaire.
<b>Montant brut total par facture individuelle</b>	Somme des montants bruts repris aux lignes de la facture.
<b>Montant brut total par relevé récapitulatif</b>	Somme de tous les montants bruts totaux des factures individuelles jointes au relevé récapitulatif.
<b>Montant net total par relevé récapitulatif</b>	Somme de tous les montants nets totaux des factures individuelles jointes au relevé récapitulatif. Montant net demandé.
<b>Montant net unitaire par acte sur une ligne</b>	Montant opposable pour un acte presté à une même date prestation par le facturier à la personne protégée. Il s'agit du montant brut (tarif nomenclature) déduction faite, le cas échéant, des mesures résultant de l'application de conditions définies dans les instruments juridiques (ex.: participation statutaire, règles anti-cumul, APCM, etc. ...).

<b>Montant net par ligne</b>	Lorsque le nombre d'actes de même nature prestés à une même date prestation est > 1 (défaut = 1), le montant net par ligne est égal au nombre multiplié par le montant net unitaire nonobstant d'autres règles (anti-cumul) applicables.
<b>Montant net total par facture individuelle</b>	Somme des montants nets repris aux lignes de la facture.
<b>Montant net payé</b>	Montant net total demandé sur le relevé récapitulatif déduction faite des contrôles résultant de l'application des instruments juridiques (règles de la nomenclature (anti-cumul, réduction de tarifs, etc. ...), règles statutaires (participation, etc. ...)). La différence entre le montant demandé et le montant effectivement payé est motivée par la CNS dans le justificatif de paiement (syn.: montant liquidé).
<b>Montant Tarif</b>	Montant officiel pour une prestation (tarif de l'acte dans la nomenclature).
<b>Motif de contestation</b>	Les prestations contestées par la CNS sont retournées au laboratoire avec indication des motifs de contestation. Une même prestation, respectivement une même facture peut être contestée pour différents motifs définis dans la liste des motifs de contestation. Il est loisible au laboratoire de représenter les prestations / factures redressées sur un relevé subséquent.
<b>Motif de refus</b>	Dans le cadre de la procédure du tiers payant et dans le cas du maintien d'une contestation empêchant la prise en charge de la ou des prestation(s), la CNS procède à l'émission d'une décision présidentielle susceptible de recours renseignant les motifs de refus.
<b>Numéro accident</b>	Numéro de référence du dossier de l'accident du travail, du trajet déclaré ou de la maladie professionnelle déclarée suivant les règles décrites en application du règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents.
<b>Numéro ordonnance</b>	Numéro de dossier externe défini et géré par le laboratoire.
<b>Ordonnance médicale motivée</b>	Ordonnance émise par le médecin prescripteur, comportant des motivations médicales et accompagnée, le cas échéant, de toutes les pièces justificatives nécessaires pour étayer la demande.
<b>Participation statutaire</b>	Participation personnelle à charge de la personne protégée, définie dans les statuts de la CNS.
<b>Prestation</b>	Prestation de soins de santé suivant l'article 17, alinéa premier du CSS.
<b>Prise en charge statutaire</b>	Montant opposable à l'assurance maladie.
<b>Relevé récapitulatif</b>	Le relevé récapitulatif est adressé une seule fois par mois de calendrier à la CNS et est utilisé exclusivement dans le cadre de la prise en charge directe, appelée communément tiers payant. Les factures individuelles y sont jointes comme pièces justificatives en version électronique ou papier. Le relevé récapitulatif a la valeur de facture et est un document comptable qui est daté et signé par le responsable du laboratoire facturier.
<b>Répétition de la prestation prescrite</b>	Une même analyse effectuée sur base d'une même ordonnance à plusieurs reprises à une fréquence et dans un intervalle de temps définis. Chaque analyse doit être faite à une autre date prestation en respectant la durée du traitement prescrit. Par exemple: Analyse faite deux fois par mois pendant six mois (syn.: prestations successives).
<b>Représentation d'une facture</b>	2 <sup>e</sup> présentation d'une facture contestée lors de la 1 <sup>ère</sup> présentation (après redressement éventuel).
<b>Retenue</b>	Montant négatif qui est soustrait du montant demandé.
<b>Taux de participation</b>	Le taux de participation exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant à charge de la personne protégée.
<b>Taux de prise en charge</b>	Le taux de prise en charge exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant remboursé par l'assurance maladie.
<b>Titre de prise en charge</b>	Document qui explicite la décision d'autorisation de prise en charge.

## Annexe II

### Annexe II: Dénomination des fichiers

#### I. Structure de dénomination des fichiers

Tous les fichiers entrant à la CNS auront une structure de nom identique.

- Les noms des fichiers peuvent être en minuscules ou en majuscules.
- Les noms des fichiers commencent toujours
  - par la lettre 'F' pour les fichiers de l'assurance maladie
  - puis par le code prestataire à 8 positions
  - puis par l'année de décompte sur 4 positions
  - puis par le mois de décompte ou numéro d'envoi sur 2 positions
  - puis par le caractère '\_'
  - puis par un identifiant convention à 3 positions qui définit une convention dans le cadre de laquelle la facturation est demandée
  - puis par le caractère '\_'
  - puis par le type fichier
  - puis par le caractère '\_'
  - puis par le numéro de layout
  - puis par le caractère '\_'
  - puis par une référence.

Illustration schématique:

**[F/D][Code prestataire][Année][Envoi]\_[Cadre légal]\_[Type Fichier]\_[Numéro Layout]\_[Référence]**

	Désignation
F	Fichiers de l'assurance maladie
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions
Année	Année à 4 positions numériques
Envoi	Mois d'envoi à 2 positions numériques
Cadre légal	Cadre légal LAB
Type Fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier il s'agit
Numéro Layout	Numéro du layout transmis
Référence	Référence externe propre à chaque prestataire

##### a. Fichiers de facturation

- La zone [Type Fichier] a une des valeurs suivantes

Type Fichier	Désignation
FAC	Facturation
RETFAC	Retour facturation

- **La zone [Numéro Layout] aura la valeur 002 à partir de l'utilisation de l'XML défini.**  
Tout changement de format de fichier ou de zones à l'intérieur du fichier affectera obligatoirement le numéro du layout. Cette information sera mise à disposition par la CNS à chaque changement de layout.
- La zone [Référence] est propre à chaque prestataire avec une longueur maximale de 25 caractères.
- Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes
  - Si le fichier est en format xml: .XML
  - Si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

##### b. Fichiers de demande d'autorisation préalable

- La zone [Type Fichier] a une des valeurs suivantes

Type Fichier	Désignation
DEMAUT	Demande d'autorisation
RETAUT	Retour autorisation

- La zone [Numéro Layout] aura la valeur 001  
Tout changement de format de fichier ou de zones à l'intérieur du fichier affectera obligatoirement le numéro du layout. Cette information sera mise à disposition par la CNS à chaque changement de layout.

Fichier contenant une seule demande d'autorisation

- La zone [Référence] se compose du numéro dossier sur 10 positions alphanumériques.
- Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes
  - Si le fichier est en format pdf: .PDF
  - Si le fichier est en format xml: .XML
  - Si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

Fichier regroupant plusieurs demandes d'autorisation

- La zone [Référence] se compose comme suit:
  - le jour sur 2 positions numériques
  - puis le numéro d'envoi sur 2 positions numériques.
- Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes
  - Si le fichier est en format xml: .XML
  - Si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

**c. Fichiers d'ordonnance**

- La zone [Type Fichier] a la valeur suivante

Type Fichier	Désignation
ORD	Ordonnance
RETORD	Retour ordonnance

- La zone [Numéro Layout] aura la valeur 001  
Tout changement de format de fichier ou de zones à l'intérieur du fichier affectera obligatoirement le numéro du layout. Cette information sera mise à disposition par la CNS à chaque changement de layout.

Fichier contenant une seule ordonnance

- La zone [Référence] se compose du numéro ordonnance sur 10 positions alphanumériques.
- Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes
  - Si le fichier est en format pdf: .PDF
  - Si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

Fichier regroupant plusieurs ordonnances

- La zone [Référence] se compose comme suit:
  - le jour sur 2 positions numériques
  - puis le numéro d'envoi sur 2 positions numériques.
- Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes
  - Si le fichier est en format xml: .XML
  - Si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

**II. Format de compression des fichiers**

En ce qui concerne les fichiers plats, le format de compression supporté est le format gzip (extension .GZ). Pour le layout XML, le fichier doit obligatoirement être transmis par le prestataire à la CNS en format comprimé. Les formats de compression supportés sont le format gzip (extension .GZ) ou le format de compression zip (extension .ZIP) en mode de compression normale.

## Annexe III

### Annexe III: Description des fichiers – cadre Facturation

#### Description du fichier de facturation envoyé par le laboratoire à la CNS

##### I. Format technique des données transmises par fichier

Les laboratoires doivent appliquer les règles de format décrites ci-après dans leurs échanges électroniques avec la CNS.

- **A:** Variable alphanumérique
- Si position vide → remplir par des blancs
  - Aligner à gauche avec les blancs derrière
- Exemple:
- Code Acte (10A/N): «LA001AAAA»
- **N:** Variable numérique
- Si position vide → remplir par des zéros
  - Aligner à droite avec les zéros devant
- Exemples:
- Montant net (sans décimales): «000000045»
  - Numéro de matricule (13N): «1927051812345»
- **AAAAMMJJ:** Date
- Sauf indication contraire, il est requis d'utiliser un format complet pour la date.
  - Si indication d'une (partie de) date facultative:
    - Date non obligatoire: «00000000»
    - Date sans précision du jour: «AAAAMM00»
    - Date sans précision du mois ni du jour: «AAAA0000»
- Exemple:
- Date: «20070115»
- **HHMM:** Heure
- Si position vide → remplir par des zéros
- Exemples:
- Heure: «1732»
  - Heure facultative: «0000»

##### II. Description du layout du fichier XML

La CNS tient à la disposition du laboratoire le fichier électronique correspondant à la description complète du layout du fichier de facturation (.xsd). Les zones ou données obligatoires sont décrites ci-dessous.

Les formatages et structures publiées sur le site de la CNS sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du layout est signalée au laboratoire qui dispose d'un délai de 3 mois pour s'y conformer.

Libellé des zones	Définition et Exemple
<b>Entête du décompte</b>	
Organisme	Valeur obligatoire «18»
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier
Type de fichier	Valeur obligatoire «FACT» ou «RETFACT»
Prestataire facturier	Code prestataire du prestataire sur 8 positions



Période de décompte	Exercice de facturation sur 4 positions + Mois de facturation sur 2 positions
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de facturation a été envoyé à la CNS
Nombre total de facture(s)	Nombre total de factures contenues dans le fichier
Montant brut total facturé	Somme des zones «Montant brut total facturé» de toutes les factures. (1) = (2) + (3)
Montant net total demandé	Somme des zones «Montant net total demandé» de toutes les factures. (2)
Participation statutaire totale	Somme des zones «Participation statutaire totale» de toutes les factures. (3)
Devise	Valeur obligatoire «EUR»
<b>Retour Organisme</b>	
Nombre total de facture(s)	Nombre de factures contenues dans le fichier
Nombre de facture(s) payée(s) (total / partiel)	Somme du nombre de factures payées totalement ou partiellement
Nombre de facture(s) avec refus total	Somme du nombre de factures refusées totalement
Acomptes/Abattements (-)	(4)
Redressements/Corrections (+/-)	(5)
Contestations (-)	(6)
Payé	(7) = (2) - ((4) + (5) + (6))
Devise	Valeur obligatoire «EUR»
Date entrée organisme	Date d'entrée du fichier à la CNS
Date envoi organisme	Date d'envoi du fichier retour au laboratoire
<b>Facture(s)</b>	
<b>Facture individuelle</b>	
Numéro facture	Numéro facture du prestataire
Date d'établissement de la facture	Date à laquelle la facture a été établie
Montant brut total	Indique la somme des montants facturés pour les actes et comprend la participation statutaire
Montant net total demandé	Indique le montant net total qui s'obtient en déduisant du montant brut total, le cas échéant, la participation statutaire ou un montant résultant d'autres règles de prise en charge
Participation statutaire totale	Indique le montant total par facture à charge de la personne protégée
<b>Ordonnance (métadonnées)</b>	
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Prestataire prescripteur	Code prestataire du médecin ayant prescrit l'analyse sur 8 positions
Personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions Ex. AAAAMMJJ00000
Date d'établissement	Indique la date à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
Heure d'établissement	Indique l'heure à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
<b>Prestation(s)</b>	
<b>Prestation</b>	
Code de l'acte	Code de l'acte exécuté selon la nomenclature des actes de laboratoires d'analyses médicales
Nombre	Indique le nombre de fois que l'acte a été exécuté
Titre de prise en charge	Indique le numéro présent sur le titre de prise en charge établi par la CNS. Zone obligatoire en cas de demande d'autorisation
Date prestation	Indique le jour de la prestation de l'acte

Heure prestation	Heure à laquelle la prestation a été exécutée
Lieu de prélèvement	3 positions définies sur base d'une liste de valeurs prédéfinies au cahier des charges
Prestataire exécutant	Code du prestataire qui a exécuté l'acte sur 8 positions
<b>Païement demandé</b>	
Montant brut unitaire	Indique le montant facturé qui est, en règle générale, le tarif officiel repris dans la nomenclature. Il comprend la participation statutaire.
Montant brut facturé	Indique le montant brut unitaire multiplié par le nombre de fois que cet acte a été effectué
Montant net demandé	Indique le montant qui s'obtient en déduisant du montant brut, le cas échéant, la participation statutaire ou un montant résultant d'autres règles de prise en charge
Participation statutaire	Indique le montant à charge de la personne protégée
Devise	Indique la devise utilisée pour la facturation de l'acte. «EUR»
<b>Contestation (retour organisme)</b>	
<b>Refus informel (niveau facture et/ou prestation)</b>	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)
<b>Païement refusé</b>	
Montant net demandé	
Montant net payé	Indique le montant à payer par la CNS
Montant net refusé	Indique le montant refusé par la CNS

**Remarques:**

- Pour la variable reprise en «grisé», le champ est rempli par la CNS lors du retour du fichier de facturation traité.
- Tous les montants en euros sont à considérer avec une précision de 2 chiffres après la virgule.

—

## Annexe IV

## Annexe IV: Facture individuelle

Désignation laboratoire facturier  
Adresse  
Code postal  
Pays

Code prestataire : \_\_\_\_\_

Nom Prénom Personne protégée  
Adresse  
Code postal  
Pays

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

N° accident : \_\_\_\_\_  
Date accident : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° facture : \_\_\_\_\_  
Date facture : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Code prescripteur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Date d'établissement ordonnance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Heure d'établissement de l'ordonnance : \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Date prestation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Moment prestation : \_\_\_\_:\_\_\_\_

[illegible]

## Annexe V

### Annexe V: Relevé récapitulatif

Caisse nationale de santé  
B.P. 1023  
L-1010 Luxembourg

Cadre légal Convention FLLAM/CNS

Organisme CNS

\_\_\_\_\_, le [date envoi prestataire]

### Relevé récapitulatif

Par la présente, nous vous faisons parvenir le relevé récapitulatif des factures pour le mois de [mois et exercice de facturation].

Code prestataire Désignation Adresse Code pays Code spécialité* Libellé abrégé de la spécialité*	Exercice Mois  Nombre total de factures envoyées  _____
Montant brut total facturé Montant net total demandé Participation statutaire totale Devise	Date d'envoi du relevé récapitulatif par le prestataire

Désignation Laboratoire personne morale  
Responsable Laboratoire

Signature

## Annexe VI

### Annexe VI: Accusé de réception du relevé récapitulatif



d'Gesondheitskeess

Service Analyses médicales

Compétence de :

Téléphone :

Code prestataire

Désignation prestataire personne morale

Adresse

Code Pays

Cadre légal Convention FLLAM/CNS

Organisme CNS

Luxembourg, le [date du jour]

### Accusé de réception du relevé récapitulatif

Par la présente, la Caisse nationale de santé accuse réception le [date entrée CNS] du relevé récapitulatif de vos factures pour le mois de [mois et exercice de facturation].

Code prestataire

Désignation

Adresse

Code pays

Code spécialité\*

Libellé abrégé\*

*\* facultatif*

Montant brut total facturé

**Montant net total demandé**

Participation statutaire totale

Exercice

Mois

Nombre total de factures reçues

Date d'entrée à la CNS du relevé récapitulatif

La Caisse nationale de santé procède au paiement des factures non contestées dans les délais déterminés par les dispositions conventionnelles conclues entre la Caisse nationale de santé et la Fédération luxembourgeoise des Laboratoires d'analyses médicales.

Service analyses médicales

## Annexe VII



d'Gesondheetskeess

Service Analyses médicales

Compétence de :

Téléphone :

### Annexe VII: Justificatif de paiement

Désignation prestataire personne morale

Adresse

Code Pays

Code prestataire

Cadre légal Convention FLLAM/CNS

Organisme CNS

\_\_\_\_\_, le [date du jour]

## Justificatif de paiement

Par la présente, la Caisse nationale de santé a l'honneur de vous faire parvenir son justificatif de paiement du relevé récapitulatif pour le mois de [mois et exercice de facturation].

<p>Code prestataire Désignation Adresse Code pays Code spécialité* Libellé abrégé*</p> <p><i>*facultatif</i></p>	<p><u>Décompte</u></p> <p>Montant brut total facturé Montant net total demandé Participation statutaire totale</p> <hr/> <p>Acomptes/Abattements (-)</p> <p>Redressements/Corrections (+/-)</p> <p>Contestations (-)</p> <hr/> <p>Payé</p>
<p>Exercice Mois Date d'envoi par le prestataire du relevé récapitulatif Date d'entrée à la CNS du relevé récapitulatif</p>	
<p>Nombre total de factures Nombre factures payées (total / partiel) Nombre factures avec refus total</p>	

Date d'envoi CNS : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Service analyses médicales

Annexe VIII: Liste des motifs de contestation

Relevé de facturation tiers payant de \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ Code prestataire facturier : \_ \_ \_ \_ \_

Liste des motifs de contestation

N° facture externe :	Date facture :	Montant net demandé :	Montant net refusé :	Montant net payé :
Personne protégée				
Numéro d'identification _ _ _ _ _		N° accident :		Date accident :
Ordonnance				
Code prescripteur _ _ _ _ _	Date d'établissement : _ _ . _ _ _ . _ _ _ _	Heure d'établissement : _ : _ : _ _		

Code contestation facture

Analyse médicale						
Code acte	Nombre	Prestataire exécutant	Date prestation	Titre de prise en charge	Code contestation	Paielement demandé Montant net
						Paielement refusé Montant net

## Annexe IX

### Annexe IX: Demande d'autorisation

Laboratoire exécutant	Laboratoire demandeur
Désignation	Désignation
Adresse	Adresse
Code Pays	Code Pays
Tél.	Tél.

Code laboratoire exécutant

-----

Code laboratoire demandeur

-----

#### Personne protégée

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'identification \_\_\_\_\_

#### Accident

Date accident \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Numéro accident \_\_\_\_\_

#### Prestataire prescripteur

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Code médecin prescripteur -----

#### Ordonnance

Date d'établissement ordonnance \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### Motif de la demande :

		Analyse figurant dans la nomenclature des actes de laboratoires d'analyses médicales. - <i>article 12 de la convention</i> - <b>APCM requis</b>
	LDE0001	Analyse ne figurant pas dans la nomenclature luxembourgeoise des actes de laboratoires d'analyses médicales mais dans celle des analyses prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie légale dans le pays (UE, EEE ou Suisse) où elle est effectuée. - <i>procédure en vertu de l'article 22 de la convention</i> - <b>ACM requis</b>
	LEE0001	Analyse exceptionnelle <u>ne figurant ni</u> dans la nomenclature luxembourgeoise des actes de laboratoires d'analyses médicales ni dans celle des analyses prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie légale dans le pays (UE, EEE ou Suisse) où elle est effectuée. - <i>procédure en vertu de l'article 19, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale</i> - <b>ACM requis</b>
	LFE0001	Analyse exceptionnelle <u>ne figurant pas</u> dans la nomenclature des actes de laboratoires d'analyses médicales et transférée hors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse. - <i>procédure en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale</i> - <b>APCM requis</b>
	LGE0001	Frais d'expédition en cas de transfert d'analyse hors de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse. - <i>procédure en vertu de l'article 22 de la convention</i> - <b>APCNS requis</b>

Désignation de l'analyse	Nombre	Prix unitaire	Devise

Date \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cachet et signature du responsable du laboratoire demandeur :

—



## Annexe X

### Annexe X: Description du fichier – cadre Autorisation

#### Description du fichier de «Demande d'autorisation» envoyé par le laboratoire à la CNS

##### Description du layout du fichier XML

La CNS tient à la disposition du laboratoire le fichier électronique correspondant à la description complète du layout de la demande d'autorisation (.xsd). Les zones ou données obligatoires sont décrites ci-dessous.

Les formatages et structures publiées sur le site de la CNS sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du layout est signalée au laboratoire qui dispose d'un délai de 3 mois pour s'y conformer.

Libellé des zones	Définition et Exemple
<b>Entête du fichier</b>	
Organisme	Organisme CNS - Valeur obligatoire «18»
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier
Type fichier	Valeur obligatoire «AUT» ou «RETAUT»
Prestataire facturier	Code prestataire du laboratoire sur 8 positions
Période de décompte	Exercice sur 4 positions + Mois sur 2 positions
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de facturation a été envoyé à la CNS
Nombre total de demande(s)	Nombre de demandes transmises
<b>Retour Organisme</b>	
Nombre total de demande(s)	Somme de toutes les demandes
Nombre total de demande(s) accordée(s)	Somme des demandes accordées
Nombre total de demande(s) refusée(s)	Somme des demandes refusées
Date entrée organisme	Date d'entrée du fichier à la CNS
Date envoi organisme	Date d'envoi du fichier retour au laboratoire
<b>Métadonnées décrivant les critères d'une image d'autorisation .pdf</b>	
<b>Ordonnance</b>	
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Prestataire prescripteur	Code prestataire du médecin ayant prescrit l'analyse sur 8 positions
Personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions (ex.: AAAAMMJ00000)
Date d'établissement	Indique la date à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
Heure d'établissement	Indique l'heure à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
<b>Demande d'autorisation</b>	
Prestataire exécutant	Code prestataire qui a exécuté l'acte sur 8 positions
Prestataire demandeur	Code prestataire du laboratoire qui envoie la demande d'autorisation sur 8 positions
Personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions (ex.: AAAAMMJ00000)
Prestataire prescripteur	Code prestataire du médecin ayant prescrit l'acte sur 8 positions
Date d'établissement ordonnance	Indique la date à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
Date accident	Date à laquelle s'est produit l'accident
Numéro accident	Le numéro accident est composé d'une lettre (U=AAI ou L=AAA), suivie de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident.

Libellé des zones	Définition et Exemple
<b>Prestation</b>	
Code acte	Code de l'acte faisant l'objet de la demande selon la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales ou bien suivant les codes collectifs prévus par le présent cahier des charges
Désignation de l'analyse	Précisions fournies par le laboratoire concernant l'analyse faisant l'objet de la demande
Nombre	Indique le nombre de fois que l'acte est demandé
Montant brut unitaire	Indique le montant officiel pour l'acte demandé, y compris la participation statutaire en euros
Devise	Indique la devise utilisée pour la facturation de l'acte. «EUR»
Date d'établissement de la demande	Date à laquelle la demande d'autorisation a été établie
<b>Décision (retour organisme)</b>	
<b>Accord</b>	
N° titre	Indique le numéro présent sur le titre de prise en charge établi par la CNS
Date début validité titre	Date de début de la période de validité du titre
Date fin validité titre	Date de fin de la période de validité du titre
Code acte	Code de l'acte faisant l'objet de la demande selon la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales ou bien suivant les codes collectifs prévus par le présent cahier des charges
Libellé abrégé	Indique la dénomination officielle de l'acte
<b>Prestation</b>	
Nombre autorisé	Indique le nombre de fois que l'acte a été autorisé
Prix de référence	Indique le montant officiel pour l'acte ou bien le montant de prise en charge par la CNS s'il n'existe pas de montant officiel dans la nomenclature des actes, y compris la participation statutaire
Taux de prise en charge	Indique le taux de prise en charge de l'acte par la CNS en pourcents
Montant forfaitaire	Indique le montant forfaitaire de prise en charge de la CNS en euros
Devise	Indique la devise utilisée pour la facturation de l'acte «EUR»
Date avis CMSS	Date à laquelle le Contrôle médical de la sécurité sociale a rendu son avis
<b>Refus informel (liste des motifs de contestation)</b>	
Motif(s) de contestation	En cas d'absence de prise en charge de l'acte par l'organisme, code(s) de contestation indiquant la ou les raisons pour lesquelles la demande d'autorisation n'a pas été accordée
Date refus organisme	Date à laquelle l'organisme a émis sa décision

**Remarques:**

- Pour la variable reprise en «grisé», le champ est rempli par la CNS lors du retour du fichier de demande d'autorisation.
- Tous les montants en euros sont à considérer avec une précision de 2 chiffres après la virgule.
- La date de prestation autorisée devra se situer dans la période de validité du titre sous peine de refus.

## Annexe XI

### Annexe XI: Description du fichier – cadre Ordonnance

#### Description du fichier «Ordonnance» envoyé par le laboratoire à la CNS

##### Description du layout du fichier XML

La référence unique (ou ID du dossier interne au labo) contenant l'ordonnance numérique au format PDF doit impérativement être renseignée dans les métadonnées du fichier électronique accompagnant l'envoi des ordonnances.

La CNS tient à la disposition du laboratoire le fichier électronique correspondant à la description complète du layout de l'ordonnance (.xsd). Les zones ou données obligatoires sont décrites ci-dessous.

Les formatages et structures publiées sur le site de la CNS sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du layout est signalée au laboratoire qui dispose d'un délai de 3 mois pour s'y conformer.

Libellé des zones	Définition et Exemple
<b>Entête des ordonnances</b>	
Organisme	Valeur obligatoire «18»
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier
Type de fichier	Valeur obligatoire «ORD» ou «RETORD»
Prestataire facturier	Code prestataire du laboratoire sur 8 positions
Période de décompte	Exercice sur 4 positions + Mois sur 2 positions
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de facturation a été envoyé à la CNS
Nombre total d'ordonnance(s)	Nombre d'ordonnances transmises
<b>Retour organisme</b>	
Nombre d'ordonnance(s) total	Somme de toutes les ordonnances
Nombre d'ordonnance(s) valide(s)	Somme des ordonnances validées
Nombre d'ordonnance(s) refusée(s)	Somme des ordonnances refusées
Date entrée organisme	Date d'entrée du fichier à la CNS
Date d'envoi organisme	Date d'envoi du fichier retour au laboratoire
<b>Métadonnées décrivant les critères d'une image d'ordonnance .pdf</b>	
<b>Ordonnance</b>	
Cadre légal	Valeur obligatoire «LAB»
Prestataire prescripteur	Code prestataire du médecin ayant prescrit l'analyse sur 8 positions
Personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions (ex.: AAAAMMJJ00000)
Date d'établissement	Indique la date à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
Heure d'établissement	Indique l'heure à laquelle le médecin a établi l'ordonnance
Date accident	Date à laquelle s'est produit l'accident
Numéro accident	Le numéro accident est composé d'une lettre (U=AAI ou L=AAA), suivie de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident.
Référence	Référence attribuée par le prestataire identifiant l'image numérique de l'ordonnance au format PDF
<b>Contestation (retour organisme)</b>	
<b>Refus informel (niveau ordonnance)</b>	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

#### Remarque:

Pour la variable reprise en «grisé», le champ est rempli par la CNS lors du retour du fichier de facturation traité.

## Annexe XII

### Annexe XII: Catégories de lieu de prélèvement

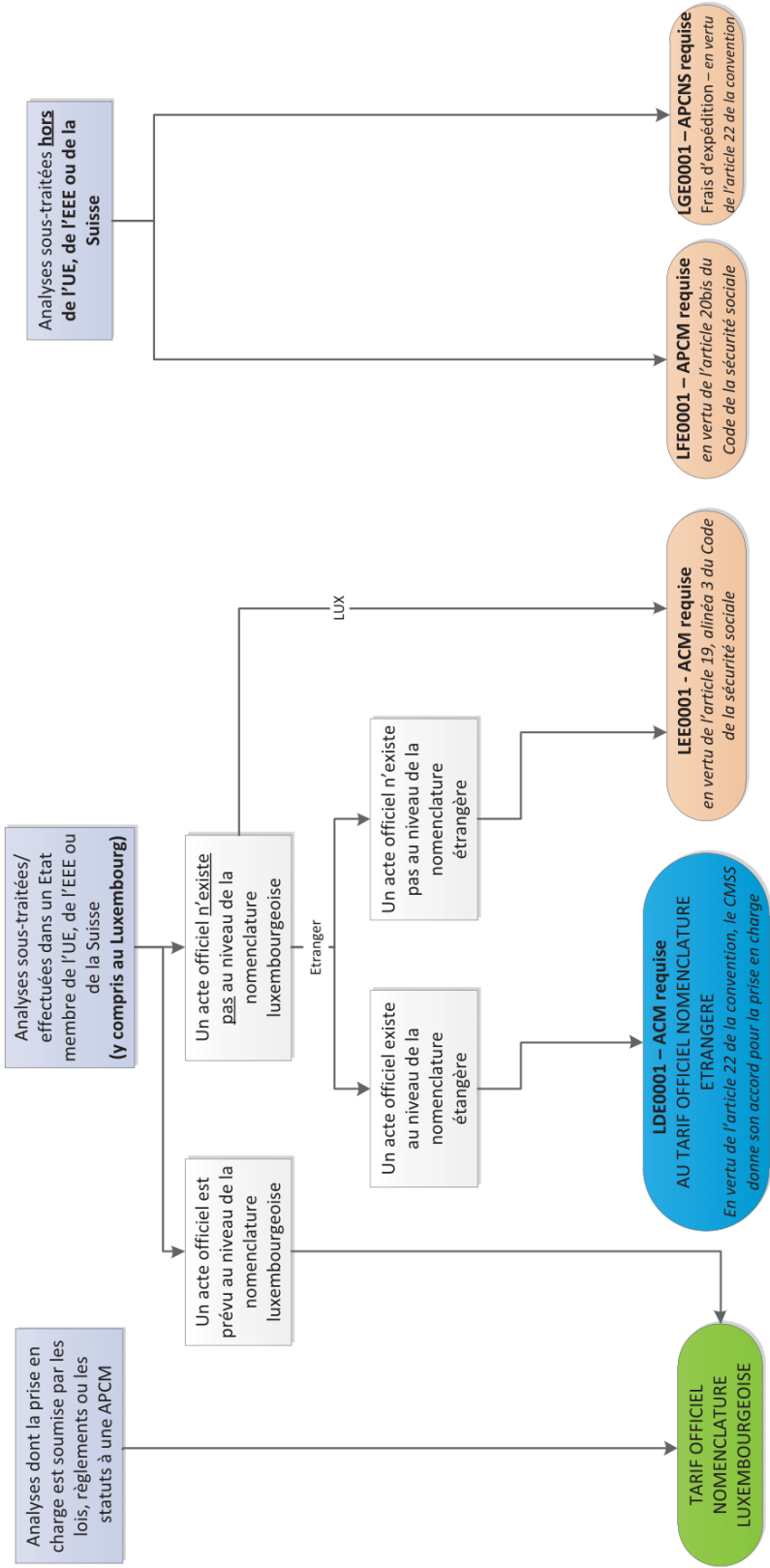
Les catégories sont identifiées par les codes énumérés limitativement ci-dessous:

<u>Codes</u>	<u>Catégories de lieu de prélèvement</u>
001	centre de prélèvement du laboratoire facturier (par défaut)
002	centre de prélèvement public
003	domicile
004	cabinet médical
005	établissement hospitalier
006	établissement d'aides et de soins (au sens des art. 390 et 391 du Code de la sécurité sociale)
007	structure mobile
008	autre

Par centre de prélèvement, il y a lieu d'entendre un lieu exclusivement destiné aux prélèvements à des fins d'analyses de biologie médicales.

---

ANNEXE XIII - Gestion des demandes d'autorisation



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.