

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisées ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les pharmacies, 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 23 de la convention du 23 avril 2014 conclue entre le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois et la Caisse nationale de santé

(Mémorial A-96 du 10.06.2014, pages 1476-1486)

Transmission informatique des données dans le cadre du tiers payant

Art. 1^{er}. Dans le cadre de la procédure du tiers payant, les pharmacies transmettent à la Caisse nationale de santé les données de facturation par voie électronique.

Art. 2. Les noms des fichiers peuvent s'écrire soit en minuscules soit en majuscules.

Les noms des fichiers commencent toujours

- par la lettre «F» pour les fichiers de l'assurance maladie;
- puis par le code pharmacien à 8 positions;
- puis, dans le cas d'un retour (fichier traité), «R» (optionnel);
- 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 à 3 positions qui définit une convention dans le cadre de laquelle la facturation est demandée (PHA).

Les fichiers auront un ou plusieurs suffixes

- si le fichier est en format xml: .XML
- si le fichier est comprimé: .ZIP ou .GZ

La configuration des fichiers visés par la présente disposition est portée à l'annexe I du présent cahier des charges et en fait partie intégrante.

Art. 3. Les fichiers informatiques sont accompagnés d'un mémoire du pharmacien indiquant la période du décompte, le nombre d'enregistrements et la somme de la zone 14 (quantité).

Dès réception et lecture du fichier informatique, un accusé de réception est transmis au pharmacien, confirmant la lecture correcte des paramètres ci-dessus.

En cas de non-concordance, le fichier est retourné immédiatement au pharmacien sans avoir été traité. En cas de conformité des données, le fichier est retourné au pharmacien dans le délai de 30 jours.

La forme du document visé par le présent article fait l'objet de l'annexe V et fait partie intégrante du présent cahier des charges.

Fichiers externes

Art. 4. La Caisse nationale de santé met à disposition du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois:

- 1) le fichier des codes des médecins, des médecins-dentistes, des sages-femmes, des titulaires d'enregistrements des médicaments et des fabricants de dispositifs médicaux;
- 2.1.) le fichier des médicaments admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg (A1);
- 2.2.) les fichiers reprenant les dispositifs médicaux et les produits d'alimentation médicale (B1, B4, B5 et B7);
- 2.3.) le fichier reprenant les honoraires, les indemnités et les prix fondamentaux des matières premières fixés par règlement ministériel, les numéros collectifs pour les préparations magistrales et les médicaments non enregistrés ainsi que les unitaires des stupéfiants et psychotropes assimilés (A2);
- 3) le fichier détaillant les spécificités des produits de santé à prise en charge conditionnelle (PCC). La forme de ce fichier est reprise sous l'annexe II du présent cahier des charges.

Les fichiers sous 1), 2) et 3), régulièrement mis à jour, sont transmis par la Caisse nationale de santé au Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois par voie électronique.

La mise à disposition des fichiers visés par le présent article se fait mensuellement et est accomplie six jours ouvrables avant le 1^{er} de chaque mois.

Feuille de délivrance en cas de tiers payant informatisé

Art. 5. Dès la délivrance des médicaments d'après les règles prévues à la convention, le pharmacien appose le cachet de la pharmacie dans la case «estampille» de l'ordonnance.

Il est recommandé qu'aucune inscription, à part les timbres de délivrance successive en cas de surcharge du recto, ne soit apposée au verso des ordonnances.

Il est recommandé d'imprimer les données requises sur une feuille de délivrance informatisée, agrafée côté recto à l'angle supérieur gauche sur chaque ordonnance remise à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 29 de la convention.

Les données obligatoires et les recommandations de présentation de la feuille de délivrance informatisée sont contenues dans l'annexe VII du présent cahier des charges, qui en fait partie intégrante.

Ticket de caisse

Art. 6. Dans les cas prévus à l'article 34 de la convention, le pharmacien remet à la personne protégée un ticket de caisse. Les données obligatoires et les recommandations de présentation du ticket de caisse sont contenues dans l'annexe VI du présent cahier des charges, qui en fait partie intégrante.

Présentation des ordonnances et décomptes dans le cadre du tiers payant non informatisé

Art. 7. Dans la mesure où les données visées à l'article 29 de la convention ne sont pas communiquées par voie informatique, le pharmacien transmet à la Caisse nationale de santé les ordonnances invalidées par l'estampille de la pharmacie, munies, le cas échéant d'une feuille de délivrance, agrafée sur chaque ordonnance remise à la Caisse nationale de santé dans le cadre de l'article 29 de la convention.

Les ordonnances sont accompagnées d'un mémoire du pharmacien montrant la période du décompte, le nombre des ordonnances et le montant total des prix nets.

Le pharmacien attribue un numéro d'ordre à chacune des fournitures délivrées qu'il inscrit sur l'ordonnance originale. Ce numéro d'ordre est repris ensemble avec le numéro national du médicament, la quantité délivrée et le prix public sur une feuille de délivrance.

Cette feuille contient en outre le code prestataire, le numéro du titre de prise en charge repris dans le relevé accompagnant le mémoire ainsi que l'heure de la délivrance si celle-ci est en rapport avec un honoraire perçu de ce chef.

La feuille contient en outre le code renseignant le type d'enregistrement ainsi que le rang de la délivrance dont il s'agit en cas de délivrances successives.

Les honoraires éventuels du pharmacien sont repris en dernier lieu sur la feuille et sont munis du numéro national correspondant.

L'envoi est accompagné d'un relevé récapitulatif.

La forme du mémoire, de la feuille de délivrance et du relevé fait l'objet des annexes V, VII et VIII au présent cahier des charges qui en font partie intégrante.

Régime appliqué aux ordonnances en cas de non-application du système du tiers payant

Art. 8. Lorsque le système du tiers payant n'est pas appliqué, les ordonnances originales invalidées par l'estampille du pharmacien sont rendues aux personnes protégées et sont munies d'une feuille de délivrance.

Cette feuille est établie conformément à l'annexe VII au présent cahier des charges.

Lorsque le système du tiers payant n'est appliqué que pour une partie des fournitures figurant sur l'ordonnance, l'ordonnance originale invalidée, pourvue d'une feuille de délivrance, acquittée et munie des inscriptions prévues aux alinéas précédents, est rendue à la personne protégée. Une copie de l'ordonnance est jointe aux pièces envoyées à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la procédure du tiers payant.

Contestation des créances

Art. 9. Les créances contestées par la Caisse nationale de santé conformément à l'article 30 de la convention sont notifiées au moyen d'un écrit documentant les motifs et les caractéristiques du refus de prise en charge.

Liquidation des créances

Art. 10. Lors de la liquidation des créances le pharmacien reçoit, en même temps que le virement, un décompte montrant le détail des créances retenues, ventilées d'après la nature du type d'enregistrement, ainsi que les retenues effectuées. La forme et le contenu de ce document sont portés à l'annexe VIII du présent cahier des charges qui en fait partie intégrante.

Prise en charge conditionnelle (PCC) nécessitant un accord préalable

Art. 11. Dans les cas où la prise en charge d'un produit de santé est soumise à une prise en charge conditionnelle nécessitant un accord préalable, le pharmacien peut demander cet accord en soumettant à la Caisse nationale de santé une demande d'accord préalable sur le formulaire adéquat, repris dans les annexes III et IV du présent cahier des charges. En cas d'accord de prise en charge, les produits de santé en cause peuvent être facturés par le système du tiers payant conformément aux indications fournies sur un titre de prise en charge délivré au pharmacien. Le numéro du titre de prise en charge doit être marqué sur la feuille de délivrance.

Dispositions transitoires

Art. 12. Les articles 15, 16, 17, 18, 19 et 20 sont abrogés.

Annexes

Annexe I - Transmission des données des pharmaciens vers la Caisse nationale de santé

Annexe II - Transmission des données de la Caisse nationale de santé vers les pharmaciens

Annexe III - Demande d'accord préalable et contrôle délai

Annexe IV - Demande d'accord préalable et contrôle délai

Annexe V - Mémoire du pharmacien

Annexe VI - Ticket de caisse

Annexe VII - Feuille de délivrance informatisée

Annexe VIII - Relevé final

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.

ANNEXE I

TRANSMISSION DES DONNEES DES PHARMACIENS VERS LA CAISSE NATIONALE DE SANTE

TABLEAU I.1						
	ZONE	POSITION	LONGUEUR	A/B/N	FORMAT	EXEMPLE
1	VERSION ENREGISTREMENT	1	1	N	= 2 = version euro	2
2	TYPE ENREGISTREMENT	2 - 3	2	A/B	Tableau I.1	TR
3	CODE PRESTATAIRE	4 - 9	6	N	commençant par 80	800000
4	DATE DU DECOMPTE	10 - 17	8	N	Type: Date AAAAMMJJ valable	20140131
5	NUMERO DE L'ORDONNANCE	18 - 32	15	N		000000156791456
6	NUMERO D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PROTEGEE	33 - 43	11	N	Type: Matricule AAAAMMJJXXC	19471021159
7	DATE ORDONNANCE	44 - 51	8	N	Type: Date AAAAMMJJ valable	20140115
8	CODE PRESCRIPTEUR	52 - 59	8	N	commençant par 90 ou 30	90000000
9	DATE PRESTATION	60 - 67	8	N	Type: Date AAAAMMJJ valable	20140113
10	HEURE DE DELIVRANCE	68 - 71	4	N	Type : Heure HHMM valable	1715
11	DATE D'EXPIRATION	72 - 79	8	N	Type: Date AAAAMMJJ valable	20141231
12	TITRE DE PRISE EN CHARGE	80 - 83	4	N	Numéro indiqué sur le titre de prise en charge	0011
13	NUMERO NATIONAL OU CODE HONORAIRES	84 - 93	10	N/B	7 chiffres obligatoires, cadrés gauche suivi de blanc	5910208__
14	QUANTITE	94 - 96	3	N	Nombre d'emballages	002
15	RESERVE FILLER	97 - 100	4	B		_____
16	N° DE DELIVRANCE SUCCESSIVE	101 - 102	2	N	01,02, etc (01 = originale, 02 = 1ère copie...)	03
17	FLAG SUBSTITUTION	103 - 103	1	A/N		_
18	MONTANT BRUT TTC	104 - 110	7	N	Numérique (prix facturé à l'assuré tva comprise)	0000425
19	MONTANT CNS NET TTC	111 - 117	7	N	Numérique (remboursement statutaire CNS)	0000340
20	NUMERO ACCIDENT DU TRAVAIL	118 - 127	10	A/N	U ou L puis numéro d'accident de longueur 9	U201411111
21	DATE ACCIDENT	128 - 135	8	N	Type: Date AAAAMMJJ valable	20140101
	TOTAL		135			

Chaque enregistrement est terminé par CR (0D hex) et NL (0A hex)

A = alphanumérique

B = caractère d'espace

L = accident agricole

N = numérique

U = accident professionnel

TABLEAU I.2 : TYPE D'ENREGISTREMENT

TYPE	SIGNIFICATION
T	Tiers payant
TR	Tiers payant représenté
M	Trousse médicale
MR	Trousse médicale représentée
L	Maladie longue durée
LR	Maladie longue durée représentée
I	Irremplaçable et coûteux
IR	Irremplaçable et coûteux représentée
A	Accident
AR	Accident représenté
B	Programme traitement de la toxicomanie par substitution
BR	Programme traitement de la toxicomanie par substitution représentée

TABLEAU I.3 : FLAG BASE DE REMBOURSEMENT

FLAG	LIBELLE	SIGNIFICATION
Y	SUBSTITUTION	Lorsque le pharmacien délivre un médicament à prix public égal ou inférieur à la base de remboursement, le taux de prise en charge prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé s'applique au prix public.
N	PAS DE SUBSTITUTION - REFUS PATIENT	Lorsque le pharmacien délivre sur demande explicite de la personne protégée un médicament à prix supérieur à la base de remboursement, le taux de prise en charge prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé s'applique à la base de remboursement.

ANNEXE II

TRANSMISSION DES DONNEES DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTE VERS LES PHARMACIENS

TABLEAU II.1 : Les types de prises en charge conditionnelles (PCC)	
N° ordre Type PCC	Libellé Type PCC
NN	AA

TABLEAU II.2 : Le détail des prises en charge conditionnelles (PCC)		
N° PCC détail	Libellé	Article des statuts
NN	AA	

ANNEXE III
DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ET CONTROLE DÉLAI

CNS Caisse nationale de santé
Adresse postale: BP.1023 L-1010 LUXEMBOURG Tél.: 2757-1 pharmacien@secu.lu FAX.: 40 78 50

PHARMACIE AAAAAAAA code prestataire: 80 NNNNNN
Tél. : NNNNNN Fax. : NNNNNN

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ET CONTROLE DÉLAI

N° id. de la personne protégée

Nom de la personne protégée

Code et nom du médecin prescripteur

Date de l'ordonnance

Nature de la demande

Application de l'article 103

- 1) traitement de maladies longues et coûteuses (liste N°3)
- 2) médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux (liste N°4)
- 3) traitement IV post-hospitalier

Application de l'article 107

- APCM: protocole thérapeutique (liste N°8)
- APCM: narcolepsie (liste N°9)
- APCM: hormones de croissance (liste N°9)
- APCM: facteurs stimulant l'érythropoïèse (liste N°9)
- APCM: contraceptifs (liste N°9)
- APCM: Asialie (liste N°9)
- APCM: Yentreve (liste N°9)
- APCM: Tarceva (liste N°9)
- APCM: médicaments orphelins (liste N°9)
- APCM : Zytiga (liste N°9)

- Application de l'article 109 (agonistes sérotoninergiques) (liste N°10)**
- Application de l'article 111 (délivrance en 1 fois)**
- Application de l'article 112 (médicaments non enregistrés svt. détails ci-après)**
- Application de l'article 114 (préparations magistrales) - devis à joindre**
- Accord préalable pour autre fourniture des fichiers B1/B2/B4/B5 (*détails ci-après):**

***Nom du produit**

N° national pharm ou code M

Prix d'achat hors taxes:**

Prix public ou à défaut prix de vente conventionnel:**

Pays de provenance**

à fournir **obligatoirement pour chaque médicament ou produit sans prix public luxembourgeois

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

Luxembourg, le

date

signature

ANNEXE IV
DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ET CONTRÔLE DÉLAI

CNS Caisse nationale de santé Adresse postale: BP.1023 L-1010 LUXEMBOURG Tél. : 2757-1 pharmacien@secu.lu FAX. : 40 78 50
--

Demandeur : PHARMACIE AAAAAAAA code prestataire: 80 NNNNNN

Date: __ / __ / ____

Demande d'accord préalable en application de l'article 110 des statuts de la CNS
(séjour prolongé à l'étranger)

N° id. de la personne protégée

Nom de la personne protégée

Code et nom du médecin prescripteur

Date de l'ordonnance

N° national	Dénomination	Nombre d'emballages	Réservé à l'administration	
			Accord	Refus*

REMARQUES IMPORTANTES:

- **aucun titre de prise en charge ne sera attribué pour les médicaments remboursables à 40%**
- **les titres de prise en charge sont attribués pour une période maximale de trois mois**
- **les demandes incomplètes ou non détaillées ne seront pas honorées.**

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

- a) motivation médicale fait défaut
- b) quantité normale d'emballages pouvant être délivrée en une fois est suffisante
- c) conditions statutaires non remplies pour règles spéciales de délivrance «séjour prolongé à l'étranger»
- d) autre:

Luxembourg, le

_____ date

_____ signature

**ANNEXE V
MEMOIRE DU PHARMACIEN**

MEMOIRE DU PHARMACIEN

PHARMACIE AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	Code prestataire 80NNNNNN
---	----------------------------------

Du chef de la fourniture des produits de santé dispensés aux personnes protégées par
l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents
pour la période

du _____ au _____

Nombre total des enregistrements: _____

Somme des quantités facturées (zone 14): _____

Total net du décompte: _____

Cachet

Date

Signature

ACCUSE DE RECEPTION

La Caisse nationale de santé certifie par la présente avoir reçu le mémoire préqualifié

en date du:

Les données transmises sont conformes

Les données transmises ne sont pas conformes

**ANNEXE VI
TICKET DE CAISSE**

1		Pharmacie AAAAAAAAAAAAAAAAAA
2		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
3		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
4		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
5		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
6		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
7		
8	N° id. du patient	NNNNNNNNNNNN
9	Nom du patient	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
10	Code prestataire	80NNNNNN
11	Code prescripteur	NNNNNNNN
12	Nom du prescripteur	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
13	Date accident	DD.DD.DD
14	N° ordonnance	NNNNNN
15	Date ordonnance	DD.DD.DD
16	Date de délivrance	DD.DD.DD - HH.MM.SS
17	Date expiration	DD.DD.DD
18		
19	Qté	Dénomination
20	N°national	Dél PPL/PV BR/PRéf Taux % PartCNS PartPat Titre
21		
22	1 NNN	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
23	NNNNNNN	NNA NNNNNN NNNNNN NNN NNNNNN NNNNNN NNN
24		
25	2 NNN	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
26	NNNNNNN	NNA NNNNNN NNNNNN NNN NNNNNN NNNNNN NNN
27		
28	3 NNN	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
29	NNNNNNN	NNA NNNNNN NNNNNN NNN NNNNNN NNNNNN NNN
30		
31	4 NNN	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
32	NNNNNNN	NNA NNNNNN NNNNNN NNN NNNNNN NNNNNN NNN
33		
34	Totaux	NNNNNN NNNNNN NNNNNN NNNNNN
35	Participation du patient	NNNNNN
36		

A Code alphanumérique
N Code numérique
DD.DD.DD Date
HH.MM.SS Heure

Qté Quantité délivrée
Dénomination Dénomination du produit délivré
N°national Numéro national
Dél Rang de la délivrance et type d'enregistrement
PPL/PV Prix au public officiel / *Prix de vente*¹
BR/PRéf Base de remboursement² / *Prix de référence*³
Taux % Taux de prise en charge
PartCNS Participation de la CNS
PartPat Participation du patient
Titre Numéro du titre de prise en charge

1-6 Nom et adresse de la pharmacie

22-23 Descriptif de la prestation délivrée

¹ Le prix de vente est indiqué pour les prestations sans prix au public officiel luxembourgeois.
² Pour les médicaments délivrés dans le cadre du système de base de remboursement, la base de remboursement sur laquelle s'applique le taux de prise en charge statutaire, est à indiquer.
³ Pour les produits de santé repris dans les fichiers B, le prix de référence sur lequel s'applique le taux de prise en charge statutaire, est à indiquer.

**ANNEXE VII
FEUILLE DE DELIVRANCE INFORMATISEE**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
1	PHARMACIE AAAAAAAAAA						N° id. :	NNNNNNNNNNNN						
2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA						Nom :	AAAAAAAAAAAAAAAA						
3	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA						Code prestataire :	80 NNNNNN						
4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA						Prescripteur :	NNNNNNNN						
5							Nom :	AAAAAAAAAAAAAAAA						
6							N° accident :	NNNNNNNNNN						
7							Date accident :	DD.DD.DD						
8	N° ordonnance :		NNNNNN			Date ordonnance :		DD.DD.DD						
9	Heure de délivrance :		HH.MM.SS			N° Titre :		NNN						
10	Date de délivrance :		DD.DD.DD			Date d'expiration :		DD.DD.DD						
11														
12	N° national	D	T	Qté	Dénomination			CAT	PPL/PV	BR/PRéf	Taux %	PartCNS	PartPat	
13	NNNNNNN	N	A	NNN	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA			NN	NNNNNN	NNNNNN	NNN	NNNNNN	NNNNNN	
14														
15														
16														
17														
18	Totaux :								NNNNNN	NNNNNN	NNNNNN			
19	Participation patient :													NNNNN

A Code alphanumérique
N Code numérique
DD.DD.DD Date
HH.MM.SS Heure

N°national Numéro national
D N° de délivrance successive (rang de délivrance)
T Type de l'enregistrement
Qté Quantité délivré
Dénomination Dénomination du produit délivré
CAT Catégorie de remboursement (04, 47, 07, 06, 49, 09, 10, 25)
PPL/PV Prix au public officiel / Prix de vente¹
BR/PRéf Base de remboursement² / Prix de référence³
Taux % Taux de prise en charge
PartCNS Participation de la CNS
PartPat Participation du patient

ABCD1-ABCD4 Nom et adresse de la pharmacie

¹ Le prix de vente est indiqué pour les prestations sans prix au public officiel luxembourgeois.
² Pour les médicaments délivrés dans le cadre du système de base de remboursement, la base de remboursement sur laquelle s'applique le taux de prise en charge statutaire, est à indiquer.
³ Pour les produits de santé repris dans les fichiers B, le prix de référence sur lequel s'applique le taux de prise en charge statutaire, est à indiquer.

**ANNEXE VIII
RELEVÉ FINAL**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	CAISSE NATIONALE DE SANTE									
2										
3										
4	Service Médicaments et Dispositifs Médicaux						Luxembourg, le DD.DD.DD			
5	Compétence de :		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA							
6	Chef de service									
7	Téléphone :		NNNNNNNN							
8	Fax :		NNNNNNNN							
9	Email :		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA							
10										
11							AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA			
12							AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA			
13							AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA			
14										
15							Compte : LU NN NNNN NNNN NNNN NNNN			
16										
17	N° Relevé CNS :		NNNNNN	Code prestataire :		80NNNNNN				
18										
19										
20	Nous avons l'honneur de vous informer que nous procéderons au paiement du décompte relevé ci-dessous									
21										
22										
23										
24							Décompte : YYYY-MM			
25										
26							Montant demandé :	NNNNNNNN		
27							Redressements :	NNNNNNNN		
28							Acompte :	NNNNNNNN		
29							Ajouts :	NNNNNNNN		
30							Stornos :	NNNNNNNN		
31							Rectifications :	NNNNNNNN		
32							Abattement :	NNNNNNNN		
33							Total :	NNNNNNNN		
34										
35										
36										
37										
38										

A	Code alphanumérique
N	Code numérique
DD.DD.DD	Date
YYYY-MM	Mois de décompte pour l'année spécifiée

Montant demandé :	Montant demandé par la pharmacie pour le mois de décompte indiqué
Redressements :	Total des redressements appliqués au mois de décompte indiqué
Acompte :	Acompte versé de la CNS à la pharmacie pour le mois de décompte indiqué
Ajouts :	Total des ajouts appliqués au mois de décompte indiqué
Stornos :	Total des stornos appliqués au mois de décompte indiqué
Rectifications :	Total des rectifications appliquées au mois de décompte indiqué
Abattement :	Abattement retenu pour le mois de décompte indiqué
Total :	Solde restant pour le mois de décompte indiqué

GHI11-GHI13	Nom et adresse de la pharmacie
-------------	--------------------------------