

# Association luxembourgeoise des sages-femmes

## Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Association luxembourgeoise des sages-femmes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales

Prestataires de soins	article 1
Liberté d'installation	article 2
Personnes protégées	article 3
Identification des personnes protégées	article 4
Carte d'assuré	article 5
Libre choix	articles 6 - 7
Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales	article 8
Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale	article 9
Transmission des données	article 10
Mémoires d'honoraires	article 11
Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes exceptionnelles	article 12
Prestations au domicile de la personne protégée	article 13
Détention de l'ordonnance médicale	article 14
Invalidation des ordonnances	article 15
Péremption des ordonnances médicales et opposabilité	article 16
Délais d'attente	article 17
Déontologie professionnelle	article 18
Respect de la nomenclature et bon usage des soins	article 19
Ordonnances établies par la sage-femme	article 20
Pathologies inhabituelles	article 21
Formation continue	article 22
Echange d'informations	article 23
Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire	article 24
Mode de paiement des prestations	article 25
Révision des tarifs	articles 26

	- 27
Agrément des prestataires	article 28
Code des prestataires	article 29
Action directe contre l'Union des caisses de maladie	article 30
Mise en vigueur de la convention	article 31
Dispositons transitoires	articles 32 - 34
Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994	article 35
Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994	article 36
Attribution du code prestataire	article 37

### Prestataires de soins

**Art. 1.** La présente convention s'applique à toutes les sages-femmes autorisées à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où elles sont habilitées à pratiquer les actes de la nomenclature applicable aux sages-femmes,

- soit à titre de profession libérale,
- soit au titre de salarié d'une association sans but lucratif ou d'une organisation sans but lucratif possédant la personnalité juridique, oeuvrant dans le domaine de la santé et qui, à ce titre, est reconnue par l'union des caisses de maladie,

ce pour autant que ces actes professionnels soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg et que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Le terme sage-femme désigne tant les hommes que les femmes exerçant cette profession.

### Liberté d'installation

**Art. 2.** Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de sage-femme au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de sage-femme n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur

code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

La disposition qui précède s'applique également aux associations et organisations visées à l'article 1er.

### Personnes protégées

**Art. 3.** La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale.

### Identification des personnes protégées

**Art. 4.** La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et, le cas échéant, d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro de sécurité sociale de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Le prestataire garantit l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de l'ordonnance ou de la carte d'assuré. Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du prestataire, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

### Carte d'assuré

**Art. 5.** L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice et contient le nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées par une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

### Libre choix

**Art. 6.** L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

**Art. 7.** Le fait par la personne protégée de s'adresser soit à un cabinet de prestataires exerçant la profession de sage-femme à titre libéral dans une association visée à l'article 2, alinéa 2, soit à une institution reconnue par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 1er, comporte

présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Le fait par un prestataire de soins de se faire remplacer temporairement ou le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital ou dans une maternité par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

### **Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales**

**Art. 8.** Sous réserve des dispositions légales ou réglementaires expresses, habilitant les sages-femmes à procéder sous leur propre responsabilité à exécuter ou à prescrire certains actes professionnels ou fournitures, les prestations délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable et si, le cas échéant, elles correspondent rigoureusement aux prescriptions médicales.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances de soins ou de fournitures délivrées par les sages-femmes doivent être conformes à leurs attributions définies par le règlement grand-ducal du 11 décembre 1981, réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme, tel que ce règlement a été modifié dans la suite.

En cas d'incompatibilité manifeste des soins prescrits par le médecin avec l'état de santé de la personne protégée, constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsqu'il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Dans les cas visés à la présente convention pour les actes de la nomenclature que la sage-femme, d'après le règlement grand-ducal précité, est habilitée à faire elle-même, le terme ordonnance médicale vise également celle émise par la sage-femme.

### **Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 9.** Avant la délivrance des soins, les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

### **Transmission et circulation des données**

**Art. 10.** Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules

standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

### Mémoires d'honoraires

**Art. 11.** Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ainsi que, s'il s'agit de soins dispensés par des associations et organisations visées à l'article 1er, le nom et le code personnel du prestataire.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention aux règles de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

### Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes exceptionnelles

**Art. 12.** Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient 4. L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée respectivement sous le code SC1 et SC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour

contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut à 2 n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code SC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de la personne protégée.

Les indemnités prévues ci-dessus ne sont pas à charge de l'assurance maladie. Elles sont facturées, le cas échéant, avec les prestations sur un même mémoire d'honoraires.

### **Prestations au domicile de la personne protégée.**

**Art. 13.** Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

### **Détention de l'ordonnance médicale**

**Art. 14.** Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

Tant qu'il en est le détenteur, le prestataire a la responsabilité de la garde de l'ordonnance.

### **Invalidation des ordonnances**

**Art. 15.** Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention "PRESTATIONS DELIVREES" ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité ses prestations prescrites, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

### **Péremption des ordonnances médicales et opposabilité**

**Art. 16.** Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet, le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans le mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péremption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige, la charge de la preuve incombe au prestataire.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire, les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

### Délais d'attente

**Art. 17.** Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec son état de santé ou avec l'efficacité du traitement, il en informe la personne protégée.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé de la personne protégée et à l'objectif des soins.

### Déontologie professionnelle

**Art. 18.** Dans leurs relations avec les personnes protégées, les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

### Respect de la nomenclature et bon usage des soins

**Art. 19.** Les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer, dans le cadre de l'assurance maladie, des soins qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les sages-femmes s'engagent à faire bénéficier les personnes protégées de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie professionnelle et aux données acquises par la science.

Les prestations à charge de l'assurance-maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.

A cet effet, les sages-femmes s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes professionnels et les prescriptions à l'état de chaque personne protégée.

### Ordonnances établies par la sage-femme.

**Art. 20.** La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 10.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription comporte pour chaque médicament, le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement. Au besoin la voie d'administration est indiquée.

Il est entendu qu'au cas où aucune indication sur la durée du traitement ne serait inscrite sur l'ordonnance, il n'est délivré que le plus petit conditionnement.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie lorsque la délivrance a eu lieu trois mois après son établissement.

Les examens de laboratoire sont ordonnés sur une feuille d'ordonnance définie au cahier des charges prévu à l'article 10.

Chaque prescription de laboratoire distincte doit être libellée individuellement et doit porter le code prévu à la nomenclature des actes de laboratoire.

### **Pathologies inhabituelles**

**Art. 21.** Lorsqu'une ordonnance médicale prévoit la délivrance de soins non inscrits dans la nomenclature, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'autorisation est émise sur demande du prestataire cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

### **Formation continue**

**Art. 22.** Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

### **Echange d'informations**

**Art. 23.** Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

D'une manière générale, les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

### **Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire.**

**Art. 24.** L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

### **Mode de paiement des prestations**

**Art. 25.** D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception

de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement visé par l'article 26 du code des assurances sociales.

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

### Révision des tarifs

**Art. 26.** Les tarifs des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes de sage-femme sont révisés tous les ans.

**Art. 27.** Les adaptations tarifaires font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

### Agrément des prestataires

**Art. 28.** Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions du règlement grand-ducal du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession de sage-femme à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

En vue de leur agrément les associations ou organisations visées à l'article 1er déposent auprès de l'union des caisses de maladie un exemplaire de leur acte constitutif valable au moment du dépôt ainsi qu'une liste des professionnels de santé visés par la présente convention qu'elles emploient. Les changements sur cette liste sont communiqués régulièrement à l'union des caisses de maladie. L'agrément est supposé accordé si dans le délai d'un mois de la réception des documents visés par le présent alinéa l'union des caisses n'a pas formé d'opposition écrite à l'agrément par lettre recommandée à la poste.

Les associations ou organisations visées à l'article 1er se voient retirer l'agrément s'ils dispensent sans autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale des prestations visées par la présente convention ordonnées par des médecins qu'ils emploient.

### Code du prestataire

**Art. 29.** Il est attribué à chaque sage-femme un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

### Action directe contre l'union des caisses de maladie

**Art. 30.** Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve du départ ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie les mêmes prestations.

### **Mise en vigueur de la convention.**

**Art. 31.** Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

### **Dispositions transitoires**

**Art. 32.** Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

**Art. 33.** Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

**Art. 34.** La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

### **Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994**

**Art. 35.** Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré;

## Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

**Art. 36.** La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

### Attribution du code du prestataire

**Art. 37.** Le code du prestataire prévu à l'article 29 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

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.