

Association des médecins et médecins-dentistes

Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales

Convention pour les médecins-dentistes

Sommaire

Titre I.	Etendue de la convention
Titre II	Exercice de la profession médicale dans le cadre de la convention
Titre III	Service de garde et d'urgence
Titre IV	Délivrance des soins
Titre V	Dichotomie et associations de médecins
Titre VI	Rédaction des mémoires d'honoraires, des ordonnances et autres documents en relation avec l'assurance maladie: Règles générales
Titre VII	Règles particulières pour l'établissement de certaines catégories d'ordonnances
Titre VIII	Convenance personnelle de la personne protégée
Titre IX	Exercice conventionnel de la médecine hospitalière
Titre X	Relations administratives du corps médical avec la sécurité sociale
Titre XI	Paieement des honoraires
Titre XII	Révision annuelle des tarifs d'honoraires
Titre XIII	Relations du corps médical avec les personnes protégées
Titre XIV	Bon usage et qualité des soins
Titre XV	Maîtrise de l'évolution des dépenses - lutte contre la consommation abusive de soins, fournitures et prestations de santé
Titre XVI	Médecine préventive et éducation sanitaire
Titre XVII	Information du corps médical
Titre XVIII	Information et formation continue
Titre XIX	Dispositions administratives
Titre XX	Dispositions transitoires
Annexe I	désemplie

Annexe II	désemplie
Annexe III	Références médicales
Annexe IV	Modalités d'établissement et d'évaluation des rapports d'activité

Titre I - Etendue de la convention

Médecins-dentistes

Art. 1. La présente convention s'applique à tous les médecins-dentistes admis à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg, ce pour autant que dans l'exercice libéral de leur profession au pays, ils dispensent à charge de l'assurance maladie et de l'assurance contre les accidents professionnels des actes médicaux et médico-dentaires ou qu'ils prescrivent des prestations de soins de santé ou des fournitures aux personnes protégées 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 convention s'applique pareillement aux médecins-dentistes du Centre Hospitalier de Luxembourg engagés éventuellement à plein temps ou à temps partiel conformément au règlement grand-ducal du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du Centre Hospitalier de Luxembourg, ainsi qu'à tous médecins-dentistes hospitaliers qui seraient placés sous le même régime contractuel de travail.

La convention s'applique encore aux médecins-dentistes résidant dans les communes limitrophes des pays voisins et pour lesquels l'autorisation d'exercer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg donnée par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre des conventions internationales existantes a fait l'objet d'une publication au Mémorial, ainsi qu'aux médecins-dentistes disposant d'une autorisation de prestation de services temporaire, accordée par le ministre ayant dans ses attributions la santé.

Personnes protégées

Art. 2. 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. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Titre II - Exercice de la profession médicale dans le cadre de la convention

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de médecin-dentiste au Grand-Duché de Luxembourg, les parties à la présente convention reconnaissent à tout médecin-dentiste le droit de s'installer librement dans le pays.

La pratique de la médecine-dentaire en association n'est opposable à l'assurance maladie que si les médecins-dentistes associés pratiquent tous la même discipline médicale.

L'installation d'un médecin-dentiste dans une association 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 médecins-dentistes associés, le numéro de leur code médical individuel, le numéro du code médical 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.

Le fait de se faire remplacer temporairement par un confrère n'est pas considéré comme association au sens des présentes dispositions.

Attribution d'un code médecin

Art. 4. Avant leur entrée en fonctions, les médecins-dentistes se font attribuer par l'union des caisses de maladie un code médecin individuel. A cet effet il suffit de notifier à l'union des caisses de maladie leur agrément ministériel et l'adresse de leur cabinet.

Un code médecin collectif est attribué aux associations de médecins-dentistes dès leur constitution sur communication des données visées à l'article précédent.

Exercice de l'activité médicale dans les institutions et établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 5. Les conventions de quelque nature qu'elles soient, conclues avec des établissements autres que les hôpitaux visés à l'article 60, alinéa 2 du code des assurances sociales ne sont pas opposables à la personne protégée et à l'assurance maladie.

La prescription de prestations de soins ou de fournitures et la délivrance d'actes médicaux et médico-dentaires dans le cadre d'un contrat de quelque nature qu'il soit, par un médecin du travail pour compte du personnel d'une entreprise privée ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Cumul d'activités et opposabilité de l'activité médicale

Art. 6. Sauf les exceptions expressément prévues par la loi, les règlements ou les différentes nomenclatures des actes professionnels des médecins et médecins-dentistes ou des professions de santé, les médecins-dentistes ne peuvent réaliser à charge de l'assurance maladie que les actes professionnels prévus par la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes.

Les médecins-dentistes qui exercent leur profession 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 médicale ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Les activités médicales déployées et les prestations fournies ou prescrites dans le cadre de l'assurance maladie en violation des dispositions de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Titre III - Service de garde et d'urgence

Art. 7. Les actes posés par les médecins-dentistes dans le cadre du service d'urgence, du service de remplacement ou du service de garde dans les hôpitaux sont opposables à l'assurance maladie dans la mesure où ces actes correspondent à ceux prévus par la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires et sont prestés sur base des instruments juridiques régissant le fonctionnement de ces services et dans les conditions que ces instruments déterminent.

Sont visés par la présente disposition, et pour autant que les médecins-dentistes en sont concernés, les instruments suivants:

- La loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente;
- Le règlement grand-ducal du 17 septembre 1975 portant institution d'un comité permanent des secours d'urgence;
- Le règlement ministériel du 4 février 1976 concernant le service de remplacement des médecins des samedis, dimanches et jours fériés;
- Le règlement grand-ducal du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence;
- Le règlement du service d'urgence pris par l'association des médecins et médecins-dentistes et notamment les articles 3, 4 et 10 de ce règlement.

Art. 8. Le règlement du service d'urgence mentionné au tiret final de l'article précédent est annexé à la présente convention et en fait partie intégrante pour ce qui gouverne dans ces instruments les devoirs imposés à ceux qui en sont concernés et pour ce qui régit dans ces instruments les relations entre l'assurance maladie et les médecins-dentistes.

Titre IV - Délivrance des soins

Identification des personnes protégées

Art. 9. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du médecin-dentiste par la présentation d'une carte d'assuré qui doit être exigée par le médecin-dentiste.

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 matricule de sécurité sociale de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Sauf urgence ou dans le cas prévu à l'alinéa 6 du présent article, le médecin-dentiste garantit avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de la carte d'assuré ou du document visé à l'alinéa précédent.

Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du médecin-dentiste, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Dans le cadre de la procédure du tiers payant social, le médecin-dentiste garantit en outre avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec celle dont les

coordonnées figurent sur l'attestation de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale émise par l'office social et sur les étiquettes qui sont jointes à cette attestation.

Le fait par le médecin-dentiste de reporter le numéro du matricule figurant sur la carte d'assuré sur les documents établis conformément aux modalités arrêtées dans le cahier des charges prévu à l'article 18, constitue à l'égard de l'assurance maladie présomption du contrôle de la concordance de l'identité du bénéficiaire des soins avec le titulaire de la carte d'assuré et, le cas échéant, des documents conférant le bénéfice du tiers payant social.

Lorsqu'aucune carte d'assuré n'est présentée et que de ce chef la vérification de l'identité prévue ci-dessus n'a pu être faite, le médecin-dentiste barre ostensiblement l'endroit prévu pour l'inscription du numéro matricule sur toutes les formules émises en faveur du malade. Lorsqu'il s'agit d'une formule générée par un système informatique, l'espace prévu pour le numéro matricule doit être marqué ostensiblement d'après les modalités convenues au cahier des charges visé à l'article 18.

Carte d'assuré

Art. 10. 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, qui est la propriété de l'institution émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à 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. 11. Les parties signataires de la présente convention garantissent aux personnes protégées le libre choix du médecin-dentiste, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 12 concernant le cas d'urgence, les associations de médecins-dentistes, la domiciliation temporaire de la personne protégée à titre de sanction et le traitement stationnaire en milieu hospitalier.

Art. 12. Il est reconnu que l'application des dispositions des instruments visés à l'article 8 ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin-dentiste par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre médecin-dentiste de leur choix.

Art. 13. Les médecins-dentistes pratiquant en association sont obligés de respecter le libre choix du médecin par la personne protégée.

Art. 14. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes, obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par les statuts en exécution de l'article 23, alinéa 2 du code des assurances sociales et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont

pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Art. 15. Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour stationnaire dans un hôpital par les médecins y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin par la personne protégée.

Liberté thérapeutique et de prescription

Art. 16. En ce qui concerne les prestations appelées à être prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre des nomenclatures des actes prévue à l'article 65 du code des assurances sociales ainsi que de l'article 19, alinéa 3 du même code, la liberté thérapeutique des médecins-dentistes est garantie.

La liberté de prescription est garantie.

Autorisation préalable prévue par la nomenclature

Art. 17. Lorsqu'un médecin-dentiste propose à une personne protégée de réaliser un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du contrôle médical, il en informe la personne protégée et entreprend les démarches nécessaires à l'obtention de cette autorisation.

Il est de convention expresse que l'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de trois semaines au plus.

Sur demande expresse du patient ou en cas d'urgence, les médecins-dentistes peuvent réaliser ces actes avant d'avoir obtenu une décision du contrôle médical. Ils doivent communiquer cette décision à la personne protégée avec l'information que, le cas échéant, l'acte en question n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsque, nonobstant le refus de prise en charge par l'assurance maladie, la personne protégée accepte les propositions du médecin-dentiste, le tarif appliqué doit lui être communiqué au préalable et par écrit. Le consentement à pareille intervention fait l'objet d'une convention écrite entre le médecin-dentiste et le patient. Cette convention contient obligatoirement la stipulation que l'assurance maladie n'intervient pas dans la prise en charge des frais que cette intervention génère, ni dans ceux qui se dégagent du traitement post-opératoire ou dans ceux causés par des séquelles éventuelles.

Lorsque l'acte cause des frais accessoires tels frais hospitaliers, pharmaceutiques ou des honoraires à d'autres prestataires de soins ou professionnels de santé visés par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le médecin-dentiste en informe la personne protégée au préalable. Cette information contient le renseignement que ces frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Transmission et circulation des données

Art. 18. Dans le cadre des dispositions de la présente convention régissant leurs relations avec les personnes protégées, avec l'assurance maladie et avec le contrôle médical, les médecins-dentistes font exclusivement usage de formules standardisées de mémoires d'honoraires, de prescriptions médicales, de devis et de déclarations d'incapacité de travail répondant aux critères déterminés dans un cahier des charges conventionnel.

Ces formules contiennent obligatoirement les nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin-dentiste ainsi que les nom, prénom et numéro matricule de la personne protégée. Outre ces inscriptions, le médecin-dentiste peut y faire figurer d'autres indications utiles déterminées par le cahier des charges.

La communication des données nécessaires à la prise en charge des prestations par l'assurance maladie peut également être réalisée par des procédés informatiques dans les conditions à déterminer par voie conventionnelle. Le cahier des charges visé ci-dessus précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques ou informatiques.

Sur tous les documents en relation avec des prestations concernant un accident professionnel présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin-dentiste inscrit dans les rubriques prévues à cet effet le numéro de l'accident ou de la maladie, ou, à défaut, la date de l'accident.

Art. 19. Le cahier des charges visé à l'article 18 fait partie intégrante de la présente convention. Il est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties. La commission est également compétente pour décider de l'agrément des formules standardisées lorsque celles-ci sont réalisées par des moyens informatiques et bureautiques individuels du médecin-dentiste.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées au cahier des charges.

Art. 20. Dans les limites de la présente convention, le coût des formules standardisées concernant les honoraires, les prescriptions, les devis et certificats utilisées par les médecins-dentistes dans leurs relations avec l'assurance maladie, le contrôle médical et les personnes protégées, est supporté par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin-dentiste utilise des formules préimprimées, celles-ci sont mises à disposition par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin-dentiste utilise des formules visées à l'alinéa premier, réalisées par ses propres moyens informatiques ou bureautiques, il est tenu indemne de ses frais par la restitution à charge de l'assurance maladie d'un forfait calculé en fonction du nombre des actes réalisés par lui et du prix moyen unitaire des formules préimprimées visées à l'alinéa qui précède. Les modalités de détermination du forfait font l'objet d'une annexe technique faisant partie intégrante du cahier des charges visé à l'article 18.

La restitution des frais avancés par chaque médecin-dentiste est effectuée d'office par l'union des caisses de maladie au cours du premier trimestre de chaque année.

Titre V - Dichotomie et associations de médecins

Partage d'honoraires

Art. 21. Tout partage d'honoraires entre médecins ou entre médecins et tiers est interdit sous quelque forme que ce soit. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

La mise en commun des honoraires dans les associations visées à l'article 3 est autorisée.

Associations de médecins-dentistes

Art. 22. Dans les associations de médecins-dentistes, l'exercice de la médecine dentaire doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Sous réserve des dispositions de l'article 25, tout document, ordonnance et certificat doit porter lisiblement le nom du praticien dont il émane et son code prestataire personnel et être signé par lui.

Auto-prescription

Art. 23. Lorsqu'un médecin-dentiste possédant le titre légal requis à cet effet effectue lui-même des actes professionnels ou délivre des soins prévus par la nomenclature d'une autre profession de santé dans les cas expressément autorisés par les règlements ministériels portant nomenclature des actes professionnels, les mémoires d'honoraires qu'il établit distinguent nettement ces actes de ceux inscrits à la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires. Le contrôle médical peut demander à tout moment les justifications médicales pour les prestations ainsi réalisées.

Titre VI - Rédaction des mémoires d'honoraires, des ordonnances et autres documents en relation avec l'assurance maladie: Règles générales

Mémoires d'honoraires

Art. 24. (1) Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 18, doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin-dentiste 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 ou, s'il s'agit de traitements pour lesquels il est prévu un forfait, le début et la fin du traitement.

Les médecins-dentistes 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 même par leur signature personnelle ou par celle d'un délégué autorisé. La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Des encaissements préalables à la dispensation des prestations délivrées dans le cadre de l'assurance maladie peuvent être exigés de la personne protégée en règlement de frais résultant d'engagements que le médecin-dentiste a contractés avec des fournisseurs tiers en vue d'un traitement déterminé, convenu avec la personne protégée.

Les suppléments pour convenance personnelle non à charge de l'assurance maladie, facturés à titre accessoire ou complémentaire à des prestations susceptibles de prise en charge par l'assurance maladie, doivent figurer avec ces prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires qui ne portent pas toutes les indications obligatoirement prescrites par le cahier de charges prévisé ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation, engagent la responsabilité personnelle du médecin-dentiste quant à la conformité des inscriptions.

Les prestations en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

(2) Lorsque le médecin-dentiste dispense des soins à une personne disposant d'une attestation de prise en charge directe selon l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et d'une étiquette dont la période de validité couvre la date des prestations, il munit le mémoire d'honoraires de l'étiquette et procède conformément à l'article 67bis de la présente convention.

(3) Il est de convention expresse que sur les relevés annuels établis par l'assurance maladie à des fins fiscales, les revenus professionnels de chaque médecin-dentiste, réalisés au cours d'un exercice dans le cadre d'une association visée à l'article 3, alinéa 3, sont imputés exclusivement à l'association.

Art. 25. Chacun des praticiens collaborant à l'examen ou au traitement d'un même malade assume ses responsabilités professionnelles personnelles et établit, le cas d'une association médicale excepté, une note d'honoraires distincte.

Ordonnances

Art. 26. A moins qu'il n'en soit disposé autrement, les stipulations des articles 24 à 43 s'appliquent aux ordonnances établies dans le cadre d'un traitement ambulatoire et d'un traitement stationnaire.

Avant de rédiger une ordonnance, le médecin-dentiste s'enquiert si les troubles de la santé dont se plaint la personne protégée ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, tels analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. La personne protégée est tenue de fournir ces renseignements et d'indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés. Si le médecin-dentiste consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 21 du code des assurances sociales.

Règles générales d'établissement des ordonnances

Art. 27. Lorsque l'ordonnance a pour objet des actes, prestations ou fournitures prévus par les nomenclatures visées à l'article 65 du code des assurances sociales, le médecin-dentiste inscrit soit le libellé de l'acte, de la prestation ou de la fourniture tel qu'il figure dans la nomenclature, soit le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature afférente.

Le médecin-dentiste prend soin de porter à la connaissance du prestataire appelé à délivrer les soins ou fournitures les indications complémentaires nécessaires pour le guider au mieux dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles.

Les ordonnances doivent être datées et signées personnellement du médecin-dentiste et porter le code du médecin-prescripteur. Aucune ordonnance ne peut porter une autre date que celle de son établissement.

Les prescriptions en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur une ordonnance distincte.

Le médecin-dentiste indique sur chaque ordonnance la date-limite avant laquelle le traitement doit être commencé. A défaut d'indication précise à ce sujet, le traitement non commencé ou les fournitures non fournies ou non commandées dans les délais fixés à titre subsidiaire par les statuts et par les conventions applicables aux prestataires et fournisseurs, sont inopposables à l'assurance maladie.

Toute ordonnance doit être établie préalablement à la délivrance des prestations ou fournitures qu'elle prescrit, à moins qu'il n'en soit disposé autrement et de manière expresse par la présente convention pour le cas d'urgence.

Une ordonnance distincte est établie pour chaque prescription relevant d'un prestataire ou fournisseur différent.

Sous peine que les frais supplémentaires qui en résultent, le cas échéant, ne peuvent être opposés à l'assurance maladie, les ordonnances pour soins à délivrer pour des raisons médicales au domicile de la personne protégée doivent être munies des mots "A DOMICILE".

L'ordonnance est la propriété de la personne protégée.

Ordonnances rédigées ex post en cas d'urgence

Art. 28. ... abrogé

Amendements d'ordonnance

Art. 29. Toutes les fois que l'exécution d'une ordonnance médicale prête à difficulté, le prestataire ou le fournisseur appelé à l'exécuter peut être autorisé oralement par le médecin-dentiste à amender l'ordonnance originale. Si l'ordonnance n'est pas remplacée dans son intégralité par le médecin-prescripteur, celui-ci relève les faits dans le dossier médical de la personne protégée, à charge par le prestataire de faire sur l'ordonnance originale les mentions prévues par les règles conventionnelles qui lui sont applicables.

Titre VII - Règles particulières pour l'établissement de certaines catégories d'ordonnances

Ordonnances de médicaments

Art. 30. La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 18.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient, à moins qu'une partie des médicaments prescrits ne soit en rapport avec un

accident ou une maladie professionnels, auquel cas il est procédé conformément à l'article 27, alinéa 4.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription médicale 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, qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Au besoin le médecin indique la voie d'administration.

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.

Les dispositions de la présente convention ne dérogent pas aux règles spéciales prévues par la législation et la réglementation en matière de prescription médicale de stupéfiants.

Dans les situations suivantes, la personne protégée peut solliciter auprès du contrôle médical une exception aux règles de délivrance normales des médicaments et obtenir la délivrance en une fois de certains médicaments spécialement désignés par le médecin prescripteur et pour lesquels celui-ci établira à l'intention du contrôle médical de la sécurité sociale une motivation médicale:

- En cas de long séjour de la personne protégée à l'étranger dans les conditions prévues par les statuts de l'union des caisses de maladie, pour garantir pendant une période ne dépassant pas trois mois le traitement d'une maladie chronique.
- En cas de pathologies graves chroniques nécessitant des posologies non adaptées aux conditionnements pris en charge par l'assurance maladie, pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.

Les ordonnances se rapportant à des médicaments à prescription restreinte dont la prise en charge est subordonnée à autorisation préalable par le contrôle médical sont accompagnées des documents visés au cahier des charges prévu à l'article 18.

Art. 31. Il est loisible au médecin de prescrire des médicaments sous le nom générique (DCI) ou chimique de la substance active.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie à partir du troisième mois de son établissement.

Substitution de médicaments et délivrance de génériques

Art. 32. Sans préjudice des règles de substitution admises par la convention réglant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens, le pharmacien peut substituer des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale si les circonstances recommandent un tel changement dans l'intérêt du malade, ce de l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée. Dans le cadre de cette substitution le pharmacien peut ajouter ou retrancher des fournitures.

Prescription de médicaments non admis à la vente au Luxembourg

Art. 33. Les médecins-dentistes s'abstiennent de prescrire des médicaments qui ne figurent pas sur la liste officielle des médicaments admis à la vente au Luxembourg, telle que cette liste est déterminée par la convention conclue sur base de l'article 61 du code des assurances sociales

entre l'union des caisses de maladie et le groupement professionnel représentatif des pharmaciens.

Lorsqu'une ordonnance porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien peut, avec l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché.

Lorsque le médecin-dentiste prescrit des médicaments non inscrits sur la liste prévue et si, pour des raisons médicales il exclut une substitution, il en informe le malade et, s'il juge que l'administration du médicament est indispensable du point de vue médical, il adresse l'ordonnance au contrôle médical, accompagnée d'un certificat circonstancié.

Lorsque pour des raisons graves et urgentes, à apprécier par le médecin-prescripteur, l'accord du contrôle médical ne peut être attendu avant l'administration du médicament en question, une copie de l'ordonnance, accompagnée d'une explication justificative, doit être adressée incontinent au contrôle médical.

A défaut de demande dans les formes prévues ci-dessus, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie est refusée.

Ordonnances pour certains médicaments psychotropes injectables administrés en cas d'urgence.

Art. 34. Les médicaments psychotropes injectables suivants, administrés par le médecin-dentiste en dehors du milieu hospitalier, sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie:

- Valium solution injectable 10mg/2ml (boîte à six ampoules),
- Haldol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules),
- Déhydrobenzoperidol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal solution injectable 40mg/2ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal forte solution injectable 80mg/4ml (boîte à cinq ampoules)

Ces médicaments sont délivrés dans les conditionnements prévus sans frais au médecin-dentiste en pharmacie publique en quantité adaptée aux besoins de sa trousse contre remise d'une ordonnance dûment datée et signée, spécifiant les médicaments à délivrer et portant la mention "POUR TROUSSE".

Pour les pansements et autres petits moyens non inclus dans le prix de l'acte délivrés en cas d'urgence, le médecin-dentiste établit une ordonnance pour des fournitures de même nature et se fait restituer celles-ci.

Ordonnances à titre préventif

Art. 35. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du code des assurances sociales, les médicaments, pansements et autres fournitures ne peuvent être prescrits à charge de l'assurance maladie si par sa prescription le médecin-dentiste accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance le médecin-dentiste n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Le médecin-dentiste s'abstient notamment de prescrire à charge de l'assurance maladie des médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousse d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention "PREVENTIF".

Ordonnances pour examens de laboratoire

Art. 36. Les examens de laboratoire sont ordonnés d'après le cahier des charges prévu à l'article 18.

Ordonnances pour imagerie médicale

Art. 37. Le cas d'urgence excepté, le médecin-dentiste qui ordonne un examen pour imagerie médicale s'informe auprès du malade si la pathologie dont il se trouve saisi a déjà fait l'objet d'une exploration antérieure par imagerie médicale. Le cas échéant le médecin-ordonnateur provoque la communication des données médicales afférentes.

Les ordonnances pour imagerie médicale ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles précisent la région du corps à explorer.

Les ordonnances pour imagerie à résonance magnétique ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles font état de toutes les informations préliminaires spéciales indispensables aux médecins du centre chargé de leur exécution.

Ordonnances pour soins d'infirmier

Art. 38. Lorsque les ordonnances pour soins d'infirmier prévoient des injections, ces ordonnances doivent spécifier le nom du médicament et la dose à injecter.

Ordonnances pour prestations d'orthophonie

Art. 39. Les ordonnances pour les prestations d'orthophonie en séries sont précédées par une ordonnance médicale prescrivant l'établissement des bilans, examens fonctionnels et d'aptitude préalables prévus par les nomenclatures afférentes.

Art. 40. Les prestations d'orthophonie en série sont prescrites sur le vu des bilans, examens préalables et plans de traitement établis le cas échéant par le prestataire et après leur approbation par le médecin traitant dans le délai de quinze jours de leur réception. Les traitements en série consécutifs à une première série sont ordonnés sur le vu d'un bilan intermédiaire.

Ordonnances pour fournitures

Art. 41. Le médecin qui prescrit des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts de l'union des caisses de maladie doit se référer à la liste des produits remboursés par l'assurance maladie ou, en cas de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, aux nomenclatures afférentes.

Lorsque la prothèse ou la fourniture qu'il prescrit ne figure pas sur cette liste et si une fourniture de substitution prise en charge par l'assurance maladie ne peut être envisagée pour des raisons médicales, il en informe le malade par écrit.

Les moyens accessoires comme bandelettes et lancettes sont prescrits sous le nom de marque avec indication de la quantité à délivrer. Si la personne est insulino-dépendante, cette indication doit figurer sur la prescription.

A défaut d'indications précises pour les pansements, le plus petit conditionnement ou le plus économique est seul pris en charge.

Lorsqu'il s'agit de fournitures pour lesquelles un devis ou une autorisation du contrôle médical est prescrit par les statuts, le prescripteur en informe la personne protégée à la délivrance de l'ordonnance.

Ordonnances pour le transport de malades

Art. 42. Les transports terrestres ou aériens de malades effectués à charge de l'assurance maladie doivent être prescrits par le médecin, le cas échéant sur des ordonnances spéciales prévues au cahier des charges visé à l'article 18.

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à une autorisation du contrôle médical accordée sur base d'une ordonnance spéciale préalable établie par le médecin traitant lorsqu'il s'agit

- d'un transport aérien autre qu'en cas d'intervention du SAMU,
- de transports en ambulance ou en taxi en série lorsque le déplacement de la personne protégée est nécessaire pour l'obtention de traitements médicaux programmés.

La prise en charge des frais d'un transport simple en ambulance est subordonnée à une ordonnance médicale. Pour donner lieu à prise en charge, l'ordonnance doit contenir l'affirmation du médecin qu'une position allongée ou immobilisée est indispensable du point de vue médical pour l'aller et, le cas échéant, pour le retour.

Art. 43. Les ordonnances prescrivant des traitements en série et pour lesquelles le transport de la personne protégée est nécessaire doivent faire état d'une motivation médicale.

Ordonnances rédigées lors d'un traitement stationnaire

Art. 44. Lorsque les ordonnances concernent les soins, fournitures et prestations délivrés au cours d'un séjour stationnaire dans un hôpital ou un hôpital psychiatrique ou neuropsychiatrique fermé, il peut être dérogé aux articles 24 à 43 d'après les règles prévues ou à prévoir au Titre X.

Certificats d'incapacité de travail

Art. 45. En cas d'incapacité de travail ou en cas de maternité de la personne protégée, le médecin établit personnellement une attestation médicale sur la formule standardisée prévue à ces fins et la remet à la personne protégée. Cette attestation est également établie en cas d'hospitalisation d'un patient.

Le médecin ne peut attester l'incapacité de travail sans avoir examiné la personne protégée au jour de l'établissement du constat, à moins que celle-ci se trouve en traitement stationnaire hospitalier au jour de la délivrance du constat.

Toutes les rubriques du formulaire portant sur le nom du patient, son numéro matricule et les différentes dates doivent être complétées par le médecin sans laisser d'espaces désempilés. Il en est de même pour les cases à cocher autorisant ou interdisant la sortie du malade durant l'incapacité de travail.

Aucun certificat d'incapacité de travail ne peut être établi en raison du simple fait d'une consultation, d'une visite médicale, de la délivrance d'un acte thérapeutique ou d'un acte d'investigation médicale, à moins que l'acte lui-même n'entraîne une incapacité de travail.

En aucun cas le formulaire du constat d'incapacité de travail, prévu à l'alinéa premier ci-dessus, ne peut être utilisé par le médecin lorsque celui-ci désire attester l'empêchement au travail de la personne protégée résultant soit du simple fait que celle-ci se trouvait en consultation ou en traitement médical soit du fait de la maladie d'un proche dont elle assume la garde ou auquel elle délivre des soins.

Le médecin indique toujours le diagnostic constaté ou présumé dans la case prévue à cet effet sur le premier volet du formulaire.

Le diagnostic est exprimé par un code de deux chiffres défini dans un tableau prévu au cahier des charges visé à l'article 18. Le diagnostic détaillé, correspondant au code inscrit sur le constat, doit être noté par le médecin dans le dossier médical du patient et tenu à la disposition du contrôle médical sur la demande de celui-ci.

Le médecin ayant ordonné l'hospitalisation d'une personne protégée en activité de service qui, en raison de son état de santé ne peut s'occuper elle-même de l'affaire, doit faire parvenir l'attestation susvisée sans délai à l'administration de l'hôpital en vue de sa transmission immédiate vers la caisse de maladie compétente.

Le médecin qui ordonne la fin de l'hospitalisation d'un assuré actif, veille à ce que celui-ci dispose le jour de la sortie de l'hôpital d'un constat visé à l'alinéa premier si l'incapacité de travail continue après l'hospitalisation.

Le médecin ne peut être tenu responsable des données inexactes que lui aurait fournies la personne protégée et qu'il a transcrites dans la partie lui réservée du questionnaire prévu sur le formulaire attestant l'incapacité de travail.

Transfert de malades à l'étranger

Art. 46. La prise en charge par l'assurance maladie des consultations à l'étranger est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin établi au Luxembourg. Les traitements à l'étranger doivent être demandés au moyen d'un certificat médical dressé par un médecin-spécialiste.

La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger, la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg, ainsi que les spécifications médicales justifiant le transport en ambulance ou par air et, en cas de traitement en série, le taxi.

Lorsque l'ordonnance rend nécessaire le dévoilement d'un secret professionnel, le médecin remet l'ordonnance sous pli fermé soit au malade, soit directement au contrôle médical.

Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin justifie l'urgence sur l'ordonnance remise au contrôle médical.

Art. 47. Les demandes de transfert pour l'obtention d'actes, services et fournitures à l'étranger à charge de l'assurance maladie ne peut en aucun cas concerner des prestations en rapport avec une affection ou un traitement exclus de la prise en charge par les statuts.

Titre VIII - Convenance personnelle de la personne protégée

Dispositions générales

Art. 48. La mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle présuppose une information préalable en ce sens de la personne protégée. Le traitement en question ne peut être commencé que lorsque la personne protégée a donné son accord pour prendre le supplément d'honoraires à sa charge.

Traitement en première classe

Art. 49. En cas de traitement stationnaire, le fait que la personne protégée ait choisi de se faire soigner à titre de convenance personnelle dans une chambre d'hôpital de première classe, confère au médecin le droit d'appliquer un tarif majoré de soixante-six pour cent (66 %) par rapport au tarif officiel pour les actes prestés au lit du malade hospitalisé en deuxième classe.

Aucune majoration du tarif ne peut être mise en compte lorsque l'hospitalisation dans une chambre à un lit est nécessaire pour des raisons médicales dans les cas prévus par les conventions liant l'union des caisses de maladie aux hôpitaux.

Lorsque la personne protégée occupe à titre de convenance personnelle une chambre de première classe pendant une partie de son séjour seulement, le tarif d'honoraires majoré n'est dû que pour les actes prestés aux journées entières passées dans cette chambre. La journée entière est comptée de minuit à minuit. Toutefois les actes prestés au lit du malade peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de la délivrance de ces actes.

Si l'hospitalisation ne couvre pas une journée entière mais que le séjour a lieu en chambre de première classe, les honoraires majorés peuvent être appliqués aux actes prestés le jour de l'hospitalisation.

Toutefois les actes prestés en salle d'opération peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de l'intervention chirurgicale ou de la sortie de la salle de soins intensifs.

Le tarif majoré pour chambre de première classe peut être appliqué aux prestations délivrées en salle de soins intensifs au maximum pendant les trois premiers jours y passés, à condition que la personne protégée ait occupé une chambre de première classe avant son admission en soins intensifs. Cette limitation ne s'applique pas lorsque le choix de la chambre de première classe est effectué dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède. Le choix de la convenance personnelle doit être renouvelé après le troisième jour passé en soins intensifs,

par écrit, sur un formulaire signé à cet effet par la personne protégée elle-même ou, à défaut, par les membres de sa famille qui s'obligent personnellement dans ce cas.

Convenance personnelle

Art. 50. Les indemnités pour non-respect de rendez-vous ne peuvent être mises en compte que si le médecin-dentiste a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre en cas d'annulation du rendez-vous.

Constitue une convenance personnelle de la personne protégée conférant au médecin-dentiste le droit à la perception d'un supplément d'honoraires, facturé avec tact et mesure:

- 1) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis à condition que le rendez-vous ait été respecté par le médecin. (code CP1)
- 2) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi matin et donné par un médecin-dentiste qui travaille du lundi au vendredi.(code CP2)
- 3) le fait que la personne protégée vient trop tard à son rendez-vous sans fournir d'excuse valable.(code CP3)

Pour le médecin-dentiste qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous:

- 4) le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin-dentiste n'ont pas été acceptées.(code CP4)
- 5) l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence.(code CP5)
- 6) Le fait par la personne protégée de se faire attribuer des soins lors d'une consultation ou visite d'urgence telles que celles-ci sont définies dans la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin.(code CP6.)
- 7) Le fait par la personne protégée de solliciter les conseils du médecin-dentiste par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins. (code CP7)
- 8) Les prestations et fournitures dentaires convenues avec la personne protégée et délivrées en dépassement des tarifs de prise en charge de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents, sont facturées sous le seul code. (code CP8)

Dans le cas de mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle du malade dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin inscrit sur la note d'honoraires, respectivement la quittance, les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6, CP7 ou CP8.

Les quittances doivent indiquer le montant réclamé au titre de convenance personnelle. Cette mention doit être libellée de façon claire pour prévenir des remboursements indus de la part de l'assurance maladie.

Le fait de ne pas être venu à son rendez-vous sans excuse préalable donne droit à la mise en compte, à titre d'indemnité, d'une consultation normale non remboursable par l'assurance maladie, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un

montant en relation avec le préjudice subi par le médecin-dentiste, déterminé avec tact et mesure. La quittance afférente indique le montant réclamé de la consultation et porte la mention "RV non observé."

L'indemnité pour non-respect de rendez-vous est due si le rendez-vous n'a pas été décommandé 24 heures à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement plus important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important et le délai de décommandement applicable est communiqué à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.

Dans le cas visé sous 5) ci-dessus, l'indemnité pouvant être réclamée est égale à la différence entre le tarif de la consultation ou la visite normale et celui de la consultation ou la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité.

Règles conventionnelles appliquées aux traitements dentaires

Art. 51. Dans tous les cas où le médecin-dentiste propose à la personne protégée de procéder à des traitements dentaires non prévus par la nomenclature des actes médico-dentaires, mais que des traitements comparables ou des traitements ayant la même finalité thérapeutique sont pris en charge par l'assurance maladie, le médecin-dentiste, avant l'établissement du devis prévu à l'article 18, donne à la personne protégée un éclaircissement préalable et aussi exhaustif que possible afin de permettre à celle-ci de consentir en connaissance de cause à un traitement non pris en charge par l'assurance maladie. Cet éclaircissement est donné en conformité avec les articles 17 et 73 de la présente convention.

Tout traitement d'orthodontie envisagé par un médecin-dentiste est proposé à la personne protégée sur base d'un plan de traitement détaillant les différentes phases d'après les positions prévues au chapitre 8 de la nomenclature des actes médico-dentaires.

Sauf urgence et sauf demande expresse de la personne protégée, le traitement ne peut être commencé à charge de l'assurance maladie qu'après avis du contrôle médical communiqué au médecin-dentiste dans le délai prévu à l'article 17.

Le traitement d'orthodontie se fait sous la responsabilité du médecin-dentiste traitant et sa facturation, sans préjudice de la mise en compte d'un acompte conformément à l'article 24, se fait selon les périodes prévues par la nomenclature, suivi d'une contention éventuelle.

L'interruption momentanée du traitement d'orthodontie pour des raisons médicales indépendantes de la volonté de la personne protégée, notées dans le dossier médical, et la reprise de ce même traitement ne peut être considérée comme deuxième traitement.

Sans préjudice des missions conférées au contrôle médical en vertu du code des assurances sociales, l'assurance maladie peut demander au contrôle médical de vérifier si l'appareil est porté par la personne protégée. Pour des raisons médicales ou de refus de collaboration, notées dans le dossier médical, le médecin traitant est en droit d'arrêter le traitement en cours.

La personne protégée est libre de décider de changer de médecin-dentiste traitant pour des raisons personnelles. Dans ce cas elle doit avertir le médecin qui a commencé le traitement et régler les honoraires pour les prestations reçues. Ce changement ne peut donner lieu à un refus de prise en charge par l'assurance maladie pour interruption injustifiée du traitement ou pour cause de deuxième traitement non autorisé à condition que le traitement soit terminé auprès d'un autre médecin-dentiste dans un délai raisonnable.

Sans préjudice de la condition qu'une autorisation préalable du contrôle médical doit être obtenue avant la prise en charge par l'assurance maladie, aucun devis formel n'est requis si les prestations et fournitures proposées par le médecin-dentiste sont intégralement couvertes par la mise en compte des tarifs résultant de l'application de la nomenclature et sans un quelconque dépassement par rapport aux tarifs de prise en charge.

La réponse des caisses de maladie aux demandes d'autorisation des traitements dentaires donnée suite à l'avis du contrôle médical est transmise sur des formules standardisées et contient, le cas échéant, des remarques-type définies au cahier des charges prévu à l'article 18 par des formules ou codes conventionnels.

Titre IX - Exercice conventionnel de la médecine hospitalière

Déclaration d'admission et de sortie en cas de traitement stationnaire

Art. 52. La prise en charge par l'assurance maladie des soins, prestations et fournitures dispensés en traitement stationnaire à l'hôpital est soumise à la communication à l'union des caisses de maladie d'une déclaration spéciale dénommée "Demande de prise en charge".

Si l'admission est décidée par un médecin-dentiste celui-ci signe la déclaration qui est transmise à l'union des caisses de maladie par les voies et modalités prévues à la convention conclue avec le groupement des hôpitaux.

Si la fin du traitement stationnaire est décidée par le médecin-dentiste, celui-ci la déclare à l'hôpital sur un formulaire spécial. Le volet destiné au contrôle médical comprend communication obligatoire du diagnostic principal et les diagnostics complémentaires par le médecin traitant. Les diagnostics sont indiqués au niveau quatre chiffres de la CIM.

Documentation des actes médicaux et médico-dentaires délivrés en milieu hospitalier.

Art. 53. Tout acte médical qui est réalisé par un médecin-dentiste dans un hôpital conventionné sur base de l'article 75 du code des assurances sociales est documenté dans le dossier médical hospitalier détenu par l'hôpital.

Pour la notation de l'acte, le médecin-dentiste se réfère à la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires. S'il s'agit d'actes non prévus par la nomenclature, ceux-ci sont indiqués par un libellé littéral, de même que leur nombre et les moyens et installations de l'hôpital utilisés pour leur réalisation.

TITRE X - Relations administratives du corps médical avec la sécurité sociale

Rapports médicaux

Art. 54. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale et des institutions de sécurité sociale dans le cadre de leurs missions légales, le médecin-dentiste leur transmet, sauf justification légitime, dans le délai de quinze jours les rapports et autres documents visés à l'article 21 du code des assurances sociales.

Si, malgré un rappel, le médecin ne transmet pas les documents conformément à l'alinéa ci-dessus, le paiement des honoraires lui réduits dans le cadre du tiers payant peut être suspendu jusqu'à concurrence de deux cent cinquante euros (250 €). Ce montant est porté au double si le médecin ne donne pas suite à un deuxième rappel.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 55. Dans tous les cas le contrôle médical peut être saisi sans intermédiaire des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable. Si le médecin-prescripteur accepte de solliciter personnellement l'autorisation de prise en charge, il ne peut exiger pour ce service aucune indemnité.

Le médecin-prescripteur spécifie s'il s'agit d'une prestation urgente. Le cas échéant il indique une date-limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces, déterminées le cas échéant au cahier des charges visé à l'article 18, permettant au contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande. Sauf disposition expresse contraire portée par la nomenclature des actes, aucun honoraire ne peut être perçu de ce chef.

L'original des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le contrôle médical au médecin-prescripteur.

Art. 56. Les avis du contrôle médical sont communiqués à l'union des caisses de maladie où à la caisse de maladie compétente, à charge par ces institutions de notifier une décision susceptible de recours à qui de droit.

La décision refusant la prise en charge d'une prestation est communiquée en copie et par simple lettre au médecin-prescripteur.

Lorsque le contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse leur connue de la personne protégée.

Art. 57. Lorsqu'un différend oppose une des institutions visées par le présent titre à un médecin-dentiste au sujet de l'application d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle, les parties en cause échangent leurs vues respectives par écrit.

Déclaration d'accidents et de maladies professionnels

Art. 58. abrogé

Titre XI. Paiement des honoraires

Art. 59. En principe il appartient à la personne protégée de régler les honoraires du médecin-dentiste. Le médecin-dentiste délivre quittance pour le montant reçu sur les formulaires définis par la présente convention et d'après les modalités y prévues.

Sauf les cas prévus à l'article 24, des honoraires à charge de l'assurance maladie ne peuvent être demandés ou acceptés avant la délivrance des soins qui s'y rapportent.

Art. 60. Par dérogation à l'article précédent une procédure de paiement direct par l'assurance maladie, dite procédure du tiers payant, est instituée dans les cas limitativement énumérés ci-après:

1) Pour les honoraires correspondant aux prestations énumérées ci-dessous:

- a) les actes médicaux délivrés dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents, à concurrence du montant pris en charge;
- b) les prestations mises en compte conformément à l'article 67bis de la présente convention à une personne bénéficiaire du tiers payant social.

2) La même procédure peut être appliquée pour les actes médicaux et médico-dentaires délivrés dans le cadre de la compétence de l'assurance maladie:

- a) Pour les traitements stationnaires ou les traitements pour patients admis en place de surveillance pour patients ambulatoires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse cent euros (100,- €).
- b) pour les traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Les prestations médicales délivrées aux patients de l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat sont considérées comme étant délivrées au titre du point 2 ci-dessus, même si ces prestations sont administrées en ambulatoire hors de l'enceinte de l'hôpital neuropsychiatrique.

Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social

Art. 61. (1) Sans préjudice des dispositions particulières régissant la prise en charge directe de prestations dans le cadre du tiers payant social, la procédure du tiers payant se déroule comme suit:

Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le médecin-dentiste remet à la Caisse nationale de santé les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 25.

Un mémoire distinct est établi pour chaque personne protégée comme en cas de paiement par celle-ci.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant sont remis à la Caisse nationale de santé en bloc une fois par mois.

Chaque envoi est accompagné d'un relevé contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

Le relevé peut être remplacé par un support informatique défini au cahier des charges prévu à l'article 18.

La caisse nationale de santé procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le médecin-dentiste. Chaque médecin-dentiste ne peut indiquer qu'un seul compte. Tout compte peut être modifié sur demande écrite adressée à la Caisse nationale de santé.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin-dentiste un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant, le cachet de la poste fait foi.

(2) Par dérogation à la procédure prévue au paragraphe (1) du présent article, dans le cas de figure visé à l'article 60 alinéa 1 point 1) b), les mémoires d'honoraires munis d'une étiquette attestant le bénéfice au tiers payant social sont transmis par le médecin-dentiste à la Caisse nationale de santé aux fins de paiement des honoraires déterminés conformément à l'article 67bis de la présente convention. Le cas échéant, le devis avisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale doit être joint au mémoire d'honoraires. Dans les cas de figure prévus à l'article 67bis paragraphe (2) alinéa 3, la Caisse nationale de santé ne procède au paiement du tarif d'intervention de l'office social que si l'original du formulaire de validation déterminant ce tarif dûment rempli et signé par un mandataire de l'office social est joint au mémoire d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant social sont remis au service «Tiers payant social» de la Caisse nationale de santé à une périodicité à déterminer par le prestataire à l'intérieur du délai de prescription prévu par la loi.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin-dentiste un relevé séparé des prestations prises en charge dans le cadre du tiers payant social, contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Contestation des mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social.

Art. 62. Les mémoires d'honoraires contestés par l'assurance maladie sont retournés au médecin-dentiste par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 18.

Sans préjudice de motifs d'exclusion résultant de la loi ou des règlements, les mémoires d'honoraires ne peuvent être contestés que pour violation de la nomenclature ou pour contravention aux dispositions de la présente convention.

Les montants des honoraires contestées sont provisoirement suspendus. La suspension provisoire affecte tous les actes portés sur le mémoire.

Les créances contestées peuvent être reproduites sur un relevé subséquent par le médecin-dentiste, aussitôt que la cause de leur exclusion vient à cesser, mais au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale. Dans le cadre de la procédure de contestation, la Caisse nationale de santé s'engage à ne pas invoquer la prescription si celle-ci est intervenue après la première remise du mémoire visée à l'article 61 ci-dessus.

Par dérogation à la procédure prévue à l'alinéa précédent, dans le cadre de la procédure du tiers payant social le médecin-dentiste renvoie à la Caisse nationale de santé le mémoire d'honoraires éventuellement rectifié accompagné du mémoire d'honoraires contesté muni de

l'étiquette. Le cas échéant, le devis avisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale et validé par l'office social doit être joint.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement exclus de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant. A la requête de la partie intéressée les contestations relatives aux exclusions définitives sont portées devant la commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale.

En cas de litige porté devant la commission de surveillance, la suspension de paiement prévue à l'alinéa 3 ci-dessus est levée pour tous les actes individuels ou groupes d'actes figurant sur le mémoire d'honoraires et qui ne sont pas en rapport avec la contestation.

Les médecins-dentistes s'abstiennent de présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante. Cette obligation cesse cependant lorsque la dite procédure aura duré trois mois sans qu'il ne soit intervenu un paiement. Lorsque dans cette hypothèse le médecin-dentiste présente le mémoire à la personne protégée, il en informe la Caisse nationale de santé en lui envoyant une copie du mémoire adressé à la personne protégée en marquant d'une information écrite et bien visible que ce mémoire remplace celui adressé à la Caisse nationale de santé dans le cadre du tiers payant.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 63. Le paiement effectué conformément à l'article 61 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin-dentiste au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin-dentiste a droit de plein droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant des mémoires d'honoraires visés aux alinéas 1 à 3 de l'article 61 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exclusion du tiers payant

Art. 64. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'un mémoire d'honoraires incomplet au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 18 est présenté ou s'il n'est pas conforme au modèle conventionnel;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait été constatée par le médecin-dentiste, notamment dans le cas où l'espace réservé à l'inscription du numéro matricule de la personne protégée est marquée conformément à l'article 9.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 65. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au médecin-dentiste la non-affiliation du patient et ne peut refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant

s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le médecin-dentiste a été faite conformément à l'article 9.

Art. 66. Les honoraires payés par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 60, sous 1) en l'absence d'une reconnaissance de la responsabilité par l'assurance accidents, restent acquis au médecin-dentiste dans tous les cas où celui-ci a pu légitimement admettre qu'il s'agissait d'un accident du travail.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 73 du code des assurances sociales lorsque des paiements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégalement obtenus.

Action directe

Art. 67. Les médecins visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations prises en charge par les caisses de maladie et dans les limites des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au médecin la non affiliation du patient et ne peut refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre de l'action directe s'il est établi que lors de la délivrance des prestations l'identification de la personne protégée par le médecin a été faite conformément à l'article 9.

L'action directe ne peut être exercée que lorsque le médecin prouve que le non paiement allégué a pour cause l'insolvabilité, le décès ou une résidence non connue de la personne protégée. Dans les cas d'insolvabilité le médecin remet à l'union des caisses de maladie l'original du titre exécutoire obtenu, constatant le non-paiement de l'ordonnance conditionnelle de paiement ou la non-contradiction à tout autre exploit introductif. La disparition ou la résidence non connue est valablement constatée par un document émanant du greffe, d'un huissier ou de la poste constatant l'impossibilité de notifier ou de signifier.

Lorsque la personne protégée habite hors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg, l'action directe pour insolvabilité visée à l'alinéa précédent peut être intentée par le médecin par la présentation à l'union des caisses de maladie des copies de deux rappels des mémoires d'honoraires envoyés par courrier recommandé à la poste à l'adresse du patient, munis des bordereaux de dépôt qui s'y rapportent. L'envoi du mémoire d'honoraires original et des rappels ne peuvent se suivre respectivement à moins d'un mois.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations lorsqu'elle est exercée pour cause d'insolvabilité de la personne protégée.

Le médecin 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 pour les mêmes prestations.

L'action directe est ouverte au profit du conjoint survivant du médecin décédé pour les honoraires échus du chef de prestations délivrées aux personnes protégées et non encore payées au moment du décès du médecin. Tout paiement effectué à ce titre au conjoint survivant est libératoire pour l'assurance maladie à l'égard de la succession du médecin.

A défaut de conjoint survivant, le droit est ouvert au profit de la succession du médecin à condition que l'action soit exercée dans le délai de six mois du décès.

La liquidation dans le cadre de l'action directe se fait suivant les modalités fixées à l'article 61 et suivants.

Tiers payant social

Art. 67bis. (1) Le mode de prise en charge directe prévu à l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dont le bénéfice peut être accordé à une personne sur décision d'un office social après application des législations et réglementations organisant l'aide sociale est désigné sous la terminologie «Tiers payant social».

Lorsque le médecin-dentiste visé par la présente convention est amené à dispenser des soins à une personne disposant d'une attestation de tiers payant social et d'une étiquette, documents qui doivent correspondre aux modèles prévus dans le cahier des charges visé à l'article 18 de la présente convention, il met en compte les honoraires afférents directement à la Caisse nationale de santé, sous réserve de ce qui suit:

Les périodes de validité de l'attestation et de l'étiquette doivent coïncider avec et couvrir la date des prestations. A l'égard du prestataire l'attestation émise par l'office social et les étiquettes sont valables pendant la période de validité qui figure sur les documents.

(2) Les honoraires visés par le tiers payant social sont ceux prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes mis en compte conformément aux conditions et modalités prévues dans la nomenclature et la présente convention. Le tiers payant social s'applique pareillement aux analyses de laboratoire de pratique courante prévus dans le règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins-dentistes sont autorisés à effectuer personnellement dans leur cabinet médical à l'occasion des actes médico-dentaires.

La Caisse nationale de santé s'engage à payer au médecin-dentiste le tarif intégral de l'acte mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie et de la présente convention, sous réserve de ce qui suit: Le tarif intégral correspond au tarif de l'acte avec les participations résultant de l'application des taux de prise en charge prévus par les statuts de la CNS aux tarifs des actes visés ci-dessus. Les limitations des prestations prévues par les statuts de la CNS ne sont opposables au médecin-dentiste que dans la mesure où le médecin-dentiste, au moment où il dispense les prestations, disposait des informations lui permettant de savoir que les prestations qu'il dispense sortent des limitations des prestations. Les prestations dispensées à un bénéficiaire du tiers payant social en dépassement des limitations des prestations prévues dans les statuts sont facturées à la personne protégée en dehors de la procédure du tiers payant social. Si les prestations délivrées en dépassement des limitations ci-dessus sont prestées pendant la même séance que des prestations tombant sous l'application du tiers payant social, elles sont facturées sur un mémoire d'honoraires distinct.

Les traitements médico-dentaires pour lesquels la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prévoit un dépassement des tarifs sur base d'un devis préalable (DSD) et les prestations et fournitures dentaires convenues avec la personne protégée en dépassement des tarifs (CP8) pour un montant supérieur à 25 euros par séance ne peuvent être mis en compte dans le cadre de la procédure du tiers payant social que sous réserve d'une validation préalable d'un devis par l'office social compétent. Par cette validation l'office social détermine le montant de son intervention. Dans le cadre du tiers payant social, la Caisse nationale de santé verse au médecin-dentiste en plus des tarifs de remboursement de la caisse la part correspondant au tarif d'intervention déterminé par l'office social.

Les traitements médico-dentaires prévus à l'alinéa final de l'article 4 du règlement grand-ducal portant nomenclature des actes et services des médecins-dentistes et les prestations et fournitures dentaires convenues avec le bénéficiaire en dépassement des tarifs (CP8) pour un montant inférieur ou égal à 25 euros par séance dispensés sur une personne disposant d'une étiquette et d'une attestation du tiers payant social peuvent être mis en compte à la Caisse nationale de santé dans le cadre du tiers payant social, sans que la procédure de validation préalable par l'office social ne soit requise. Dans ce cas de figure, la Caisse nationale de santé verse au médecin-dentiste le montant facturé.

Dans le cadre des traitements médico-dentaires, la Caisse nationale de santé verse au prestataire pour compte de l'office social les frais résultant de la mise en compte d'une anesthésie locale ou régionale lors de la mise en compte des actes DS14 à DS16 et DS18 et DS19 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, alors même que les conditions statutaires requises pour la prise en charge de cette anesthésie par l'assurance maladie ne sont pas remplies.

(3) Les suppléments d'honoraires pour convenance personnelle prévus à l'article 50 alinéa 2 points 1 à 7 de la présente convention sont exclus de la procédure du tiers payant social.

(4) Pour les traitements médico-dentaires dispensés sur base d'un devis préalable à un bénéficiaire du tiers payant social, le médecin-dentiste munit le devis d'une étiquette et le remet à la personne protégée aux fins de transmission à l'organisme compétent. Dans le cadre du tiers payant social, l'organisme compétent, au-delà de la procédure prévue au cahier des charges prévu à l'article 18 de la présente convention, envoie une copie du devis avisé par le contrôle médical de la sécurité sociale à l'office social et au médecin-dentiste, tout en informant le prestataire qu'une copie du devis a été transmise à l'office social compétent.

Titre XII - Revalorisation des tarifs d'honoraires

Périodicité et forme des revalorisations tarifaires

Art. 68. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes médicaux sont revalorisées d'après les modalités prévues dans le Code des assurances sociales.

Art. 69. Dans le cadre des négociations pour la révision des tarifs prévue à l'article 67 du CAS les parties acceptent, en ce qui concerne la constatation de la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs, de se référer aux données officielles et, pour le calcul de la variation, d'adopter une méthodologie arrêtée entre parties.

Titre XIII - Relations du corps médical avec les personnes protégées

Dossier médical

Art. 70. Lorsque le médecin-dentiste quitte son cabinet pour aller exercer dans un autre endroit ou pour prendre sa retraite, les malades peuvent demander la transmission de leur dossier à un médecin-dentiste de leur choix.

Seront transmises les pièces indispensables à la continuation des soins, tels que résultats d'analyses, rapports de radiologie ou d'autres investigations. Les notes personnelles du médecin-dentiste peuvent être détruites. Le médecin lui-même doit faire le tri dans son fichier.

Tout médecin-dentiste prend les dispositions nécessaires à ce qu'en cas de son décès, les dossiers médicaux et médico-dentaires dont il est détenteur puissent être tenus à la disposition de sa patientèle et transférés conformément à l'article 21 du code des assurances sociales pendant un délai d'au moins trois mois à partir du décès et qu'après cette date, en cas de non reprise du cabinet par un confrère, que les dossiers puissent être transférés au contrôle médical sur l'initiative de l'union des caisses de maladie.

L'union des caisses de maladie est autorisée à informer le public par les moyens qu'elle juge appropriés sur la faculté de demander le transfert des dossiers personnels conformément à l'alinéa qui précède.

Secret médical

Art. 71. Le secret professionnel s'impose à tout médecin-dentiste .

Le médecin-dentiste veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment.

Les membres du personnel des administrations et institutions d'assurances sociales qui, en vertu de la présente convention entretiennent des rapports avec le corps médical, sont pareillement soumis au secret professionnel tel que celui-ci est réglé par le statut du personnel applicable et par l'article 300 du code des assurances sociales.

Les médecins-dentistes sont autorisés à communiquer aux personnes obligées au secret professionnel et liées par une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales ou par leur statut légal, les informations utiles et nécessaires à l'exécution des devoirs professionnels qui sont imposés à ces personnes.

Relations avec les personnes protégées

Art. 72. Un médecin, qui a été appelé en consultation, ne doit pas de sa propre initiative revenir auprès de la personne protégée examinée en commun en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Un médecin qui a été appelé en consultation ou qui a reçu une personne protégée envoyée en consultation par un confrère ne doit pas, sauf volonté contraire de la personne protégée, et sans en aviser son confrère, poursuivre les soins exigés par l'état du patient lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant.

Art. 73. Le médecin-dentiste informera le malade sur sa maladie, les conséquences et le traitement envisagé, de façon adéquate, compte tenu des circonstances et de la personnalité du malade.

Titre XIV - Bon usage et qualité des soins

Respect de la nomenclature

Art. 74. Les médecins-dentistes s'engagent au respect de la nomenclature des actes et services qui leur est applicable et au respect des tarifs conventionnels.

Lorsqu'il est dans l'intérêt d'une application uniforme ou plus harmonieuse de la nomenclature, les parties s'engagent à saisir la commission de nomenclature conformément à

l'article 65, alinéa 9 du code des assurances sociales d'une proposition commune de modification.

Les parties souscrivent à l'engagement réciproque de se consulter dans le cadre de propositions nouvelles pour la nomenclature tendant à assurer le progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des soins.

Qualité des soins et qualification médicale

Art. 75. Le médecin-dentiste ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses possibilités et ses compétences.

Si en principe tout médecin-dentiste est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement pour lesquels il a reçu un enseignement adéquat, il doit veiller à limiter son art essentiellement à la spécialité qui lui a été reconnue ainsi qu'aux disciplines connexes, sauf en cas d'urgence.

Le médecin-dentiste ne peut faire état d'une qualification professionnelle qu'il n'a pas acquise par une formation adéquate et suffisante correspondant à un enseignement supérieur de niveau universitaire.

Titre XV - Maîtrise de l'évolution des dépenses - lutte contre la consommation abusive des soins, fournitures et prestations de santé.

Bon usage des soins

Art. 76. Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les médecins-dentistes visés par la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie médicale 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 médecins-dentistes s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et médico-dentaires et les prescriptions à l'état de chaque malade.

Art. 77. En vue de la réalisation des objectifs visés à l'article 76, les médecins-dentistes s'engagent à tenir compte, dans le choix de leurs actes, de leurs prescriptions et de leurs hospitalisations, des recommandations prévues par l'article 78, ainsi que, dans le choix de leurs prescriptions pharmaceutiques, des indications fournies dans la liste des médicaments, dite "fiches de transparence" établie par le ministère de la Santé, ou par tout autre outil de même nature.

Maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Art. 78. Conformément à l'article 64, al. 2 du code des assurances sociales et afin d'assurer une évolution harmonieuse des dépenses, et notamment de garantir une stabilité des taux des cotisations d'assurance maladie, les parties signataires conviennent de ce qui suit:

La maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses consiste en l'optimisation des soins sans pour autant organiser ou permettre un quelconque rationnement. Elle repose sur la

garantie de la qualité des soins, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir à apporter à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur des systèmes de soins.

Elle s'accomplit dans l'exercice quotidien de chaque médecin. Celui-ci garde sa totale liberté pour adapter les soins au cas particulier du malade qu'il a en face de lui.

Art. 79. Les parties signataires décident de dépasser la simple maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie et de tout mettre en oeuvre pour assurer une maîtrise médicalisée des dépenses.

A l'effet de garantir une qualité des soins associée à une médication économique, les parties signataires décident d'élaborer annuellement des recommandations en terme de coût/efficacité, portant notamment sur les actes médicaux, les prescriptions (diagnostiques et thérapeutiques). Ces recommandations s'inscrivent dans un ou plusieurs thèmes médicaux définis préalablement de façon conjointe.

Elles s'appuient sur l'évolution des connaissances validées par le monde scientifique, à travers des procédures telles que les conférences de consensus, l'évaluation des comportements et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

L'impact de ces recommandations en terme d'économies escomptées devra être annuellement estimé.

Les références médicales visées à l'article 64 alinéa 2 du Code des assurances sociales, sont énumérées dans l'annexe III de la présente convention. Les médecins dont l'activité médicale se situe en dehors des références médicales verront leur activité soumise à un contrôle par le contrôle médical de la sécurité sociale en application de l'article 341 du Code des assurances sociales.

Art. 80. Les parties signataires décident d'établir chaque année un rapport sur l'impact des recommandations élaborées conformément à l'article précédent. Ce bilan portera à la fois sur la transformation des comportements et des stratégies et sur les économies réalisées en matière de dépenses d'assurance maladie. Il sera suivi d'adaptations des actions entreprises en matière de maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Tableaux statistiques sur la consommation des soins de santé des personnes protégées et sur l'incapacité de travail.

Art. 81. L'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement de procéder dans le cadre de l'article 23 du code des assurances sociales à l'établissement de tableaux statistiques sur la consommation individuelle des prestations de santé des personnes protégées, ainsi que sur les incapacités de travail documentées au moyen des constats prévus à l'article 45 dans le chef des personnes pouvant bénéficier, sur base des dispositions du code des assurances sociales, d'une indemnité pécuniaire de maladie.

Les statistiques sont établies d'après les normes et règles statutaires afférentes. Les comportements reconnus comme étant abusifs d'après les normes établies par les statuts sont sanctionnés conformément aux dispositions y prévues.

Dans son rapport annuel l'union des caisses de maladie signale, sous forme de données dépersonnalisées, les statistiques concernant les cas d'abus de consommation de prestations de santé constatés, ainsi que le bilan des mesures prises à l'égard des personnes sanctionnées.

Tableaux statistiques individuels sur l'activité médicale

Art. 82. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes à l'engagement de collaborer conformément à l'article 341, sous 5) du code des assurances sociales à l'établissement d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater une déviation injustifiée éventuelle.

Les modalités d'établissement et d'évaluation des rapports d'activité des médecins ou médecins-dentistes prévues à l'article 341 du Code des assurances sociales sont déterminées dans l'annexe IV de la présente convention.

Dans l'évaluation de l'activité médicale des associations visées à l'article 3, alinéa 2 et 3 aux fins de l'application de l'article 73, alinéa 2 du code des assurances sociales, l'union des caisses de maladie s'engage à prendre en considération en premier lieu l'activité de l'association dans son ensemble.

En vue de la saisine des juridictions compétentes à l'effet de sanctionner les déviations injustifiées de l'activité d'un prestataire l'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement d'apprécier l'activité individuelle d'un membre d'une association de médecins uniquement dans la mesure où cette déviation peut être constatée dans le chef personnel du médecin-dentiste en cause et que la déviation soit appréciée d'après les mêmes critères que ceux appliqués aux comportements individuels d'autres médecins de la même discipline médicale.

Titre XVI - Médecine préventive et éducation sanitaire

Collaboration à la médecine préventive et à l'éducation sanitaire

Art. 83. L'union des caisses de maladie et l'association des médecins et médecins-dentistes conviennent de contribuer, dans la mesure où elles disposent des ressources morales et matérielles nécessaires, à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation sanitaires initiées soit par les signataires de la présente convention, soit par les pouvoirs publics ou d'autres organisations oeuvrant dans le domaine de la santé.

Programmes de médecine préventive

Art. 84. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes l'engagement de négocier toutes initiatives de programmes de médecine préventive lui soumis par la direction de la santé ou initiés par l'association des médecins et médecins-dentistes, qui sont susceptibles d'être conclus avec le ministre de la santé conformément à l'article 19 du code des assurances sociales.

Titre XVII - Information du corps médical

Art. 85. 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 conventionnelles entre les signataires de la présente convention.

Conventions avec des tiers

Art. 86. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers en vertu de l'article 61 du code des assurances sociales intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

L'union des caisses de maladie s'engage à communiquer pour information à l'association des médecins et médecins-dentistes le projet des dispositions conventionnelles avec les différentes professions de santé prévues à l'article 61 du code des assurances sociales lorsque ces dispositions concernent les relations entre l'assurance maladie, les prestataires concernés et le corps médical.

Titre XVIII - Information et formation continue

Législation sociale et de santé

Art. 87. Tout médecin-dentiste a l'obligation de connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne.

Campagnes d'information

Art. 88. Les parties signataires mettent tout en oeuvre pour faire connaître les recommandations prévues à l'article 79. A cet effet, elles prévoient des campagnes d'information auprès des médecins-dentistes concernés et des personnes protégées.

Formation et initiation à la législation sociale

Art. 89. Les parties signataires de la présente convention prennent l'engagement de collaborer dans le cadre de la formation prévue à l'article 341, sous 12) du code des assurances sociales, par toutes mesures appropriées en faveur des médecins-dentistes nouvellement établis au Grand-Duché de Luxembourg une formation dans les matières touchant aux rapports entre le corps médical, l'assurance maladie, l'assurance accidents, le contrôle médical, les personnes protégées et les autres prestataires de soins, tels que ces rapports sont régis par lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

Formation professionnelle continue

Art. 90. Le médecin-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les matières professionnelles et scientifiques qui le concernent dans l'exercice de son art.

Les parties signataires conviennent de saisir le ministère de la Santé d'une demande conjointe d'organisation d'une formation médicale continue en rapport notamment avec les thèmes médicaux retenus dans le cadre de l'article 79. De plus, les parties signataires conviennent de privilégier ces thèmes dans les formations professionnelles organisées par elles-mêmes.

Titre XIX. Dispositions administratives

Opposabilité conventionnelle des statuts

Art. 91. Les décisions relatives aux prestations de soins de santé prises par l'assemblée générale ou les organes compétents des institutions de sécurité sociale, modifiant, dans le cadre de leurs attributions légales, les conditions de prise en charge des prestations ou fournitures par l'assurance maladie, contiennent des dispositions qui rendent ces mesures

opposables aux médecins-dentistes dans le délai de 15 jours au plus tôt à partir de la date de leur publication au Mémorial.

Entraide administrative en matière de recours contre tiers responsables, exercé par l'assurance maladie

Art. 92. Les médecins-dentistes font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins nécessités le cas échéant par l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Introduction de moyens thérapeutiques et fournitures nouveaux

Art. 93. Tout médecin-dentiste qui se propose de prescrire à une personne protégée une fourniture ou un moyen thérapeutique qui ne sont pas prévus par la nomenclature prévue à l'article 61, sous 7) ou qui ne figure pas dans la liste des fournitures et appareils prévue par les statuts, ou contenus dans la liste des implants, plâtres, sondes, cathéters et autres moyens thérapeutiques prévus par la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et l'entente des hôpitaux, adresse au contrôle médical un dossier complet contenant toutes les informations scientifiques nécessaires sur le produit, ainsi que les indications et applications thérapeutiques.

La prise en charge de la fourniture est subordonnée dans ce cas à l'autorisation provisoire du contrôle médical donnée suivant une procédure spéciale prévue par les statuts.

Information de la personne protégée en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession médicale dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents professionnels

Art. 94. Le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie est habilité à faire connaître au public par un communiqué formulé conjointement par les parties signataires de la présente convention, la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession médico-dentaire encourue dans le cadre de l'article 73 du code des assurances sociales, dans le cadre de mesures disciplinaires décidées par le collège médical ou dans le cadre de l'article 15 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Glossaire et définitions

Art. 95. Un glossaire qui fait partie intégrante du présent accord définit les termes et expressions y spécifiées, utilisées dans le cadre de la présente convention.

Sauf spécification contraire ou spéciale, les termes "assurance maladie" englobent également l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels.

Engagements communs avec les médecins

Art. 96. Pour les annexes prévues à l'article 7 concernant le service de garde et d'urgence, les parties se réfèrent à la convention pour les médecins.

Titre XX - Dispositions transitoires

Mise en vigueur

Art. 97. Sauf les exceptions prévues ci-après, la présente convention entre en vigueur au premier janvier 1994.

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. 98. La dispensation de traitements médicaux, des soins de santé et des fournitures délivrés 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 médecin-dentiste, le prestataire ou le fournisseur.

Art. 99. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 83 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Les affaires pendantes devant la commission de surveillance instituée sur base de convention en vigueur au 31 décembre 1993 sont reprises dans l'état de la procédure où elles se trouvent au 31 décembre 1993 par la commission de surveillance instituée à l'article 72 du code des assurances sociales.

Traitements médicaux chevauchant sur la date de mise en application des nouvelles dispositions légales, réglementaires et conventionnelles

Art. 100. Les traitements médicaux et autres prestations s'étendant sur plus d'une séance pour lesquels il est prévu une seule position à la nomenclature des actes en vigueur au 31 décembre 1993 et commencés au plus tard à cette date et qui se terminent après le 1er janvier 1994 seulement, restent régis dans l'ensemble par les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au jour de leur commencement. Ceci est notamment le cas pour les traitements dentaires, les cures, les cures de convalescence et généralement les traitements stationnaires dispensés en milieu hospitalier. Est considéré comme jour du commencement le jour où il est délivré la première séance ou prestation en rapport avec le traitement.

A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge, par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 101. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

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

Art. 102. 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 carte d'assuré, à la communication des données entre parties et prévues aux articles 18 à 20 de la présente convention, à la liste prévue à l'article 25, ainsi qu'au glossaire prévu à l'article 95.

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

Art. 103. La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

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

Dispositions conventionnelles avec d'autres prestataires et fournisseurs

Art. 104. Les listes de médicaments prévus par la convention visée à l'article 61, sous 7) du code des assurances sociales et les modalités de prise en charge affectant les différentes catégories de médicaments, sont mises en vigueur à une date à déterminer par les statuts ou, à défaut, provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Professionnels de santé exerçant dans les cabinets médicaux.

Art. 105. Les contrats de travail valablement conclus avant le 1er novembre 1993 entre un médecin et un prestataire relevant d'une des professions de santé tombant sous le régime d'une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales et qui, par leurs stipulations entrent en conflit à partir du 1er janvier 1994 soit avec les dispositions de la présente convention, soit avec celles prévues dans les diverses conventions visées à l'article 61 précité, restent opposables à l'assurance maladie, à titre exceptionnel, jusqu'au terme où ces contrats de travail expirent individuellement entre les parties contractantes.

Le bénéfice de la disposition précédente est accordé aux médecins et professionnels de santé concernés, sous la condition expresse que l'existence des contrats les liant de part et d'autre soit notifiée à l'union des caisses de maladie au plus tard jusqu'au 31 mars 1994. La notification doit spécifier les noms et qualités professionnelles des contractants ainsi que le terme d'expiration du contrat. Les notifications doivent être accompagnées de la preuve que le salarié a été déclaré à ce titre auprès du centre commun de la sécurité sociale.

Les modifications ayant trait à la durée de validité du contrat entre parties intervenues après le 1er novembre 1993 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les actes prestés par les professionnels de santé liés par des contrats de travail dont l'existence n'a pas été notifiée conformément à la présente convention à l'assurance maladie, ne sont opposables ni à la personne protégée ni à l'assurance maladie.

Médecine préventive

Art. 106. L'union des caisses de maladie s'engage à reconduire l'accord intervenu sous l'empire des dispositions applicables au 31 décembre 1993 en matière de programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, sous réserve d'adapter ses engagements aux exigences de la situation légale et réglementaire telle qu'elle se présente au 1er janvier 1994.

Des dispositions conventionnelles nouvelles relatives à ce programme font l'objet d'une annexe à la présente convention et en font partie intégrante. Elles sont mises en vigueur à une date ultérieure, à déterminer d'un commun accord avec les parties, et publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant.

Formation

Art. 107. Dès que les structures conventionnelles nouvelles, telles qu'elles résultent de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé seront consolidées, les mesures visées à l'article 89 font l'objet de dispositions conventionnelles précises entre parties.

Formulaires transitoires pour devis

Art. 108. Pendant une période transitoire se terminant avec la mise en vigueur du cahier des charges visé à l'article 18, l'union des caisses de maladie met à la disposition des médecins-dentistes, sur leur demande, des formules transitoires pour l'établissement des devis pour prothèses dentaires.

Attribution du code prestataire

Art. 109. Le code du prestataire prévu à l'article 4 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.

Annexe I

(désempolie)

Annexe II

(désempolie)

Annexe III - Références médicales

1. En dehors d'un traitement hospitalier stationnaire, la fréquence de séances avec émission de certificat d'incapacité de travail par rapport au nombre total de séances doit être inférieure à cinquante pour cent (50 %) et le nombre total de certificats émis doit être supérieur à 2/3 de la moyenne des certificats émis par médecin.

Annexe IV - Modalités d'établissement et d'évaluation des rapports d'activité

1. Modalités de calcul de la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail

Définition de l'indicateur «fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail»

Pour chaque médecin (association de médecins) on établit un indicateur permettant de mettre son activité de prescription de certificats d'incapacité de travail (CIT), qui est exprimée par son nombre absolu de certificats d'incapacité émis (NCIT), en relation avec son activité de prestation, qui est exprimée à l'aide de son nombre de séances (NSEA).

C'est pourquoi on détermine pour chaque médecin (association de médecins) le rapport NCIT/NSEA qui représente la fréquence des séances avec émission d'un certificat d'incapacité par rapport au nombre total de séances

Champ d'observation concernant les patients

- Salariés susceptibles de bénéficier de l'indemnité pécuniaire de maladie en cas d'incapacité de travail

Champ d'observation concernant les médecins (associations de médecins)

- Médecins (associations de médecins) résidents
- Médecins (associations de médecins) ayant prestés annuellement au moins cent séances pour des patients dans le champ d'observation.
- En cas d'association de médecins, le calcul de la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail ne se fait pas au niveau de ses membres mais au niveau de l'association dans son ensemble (c-à-d en mettant en rapport le cumul de l'activité de prescription des membres avec le cumul de l'activité de prestation des membres et de l'association)

Champ d'observation concernant les certificats d'incapacité de travail

- Certificats d'incapacité de travail introduits auprès des caisses de maladie
- Certificats d'incapacité de travail pour maladie ou accident (donc exclus les CIT pour congé de maternité et pour congé pour raisons familiales, de même que les dispenses de travail pour femmes enceintes ou allaitantes et les congés d'accueil)
- Certificats d'incapacité de travail qui sont en rapport ni avec un traitement hospitalier stationnaire (c-à-d exclusion du CIT si au moins un jour de la période d'incapacité de travail de ce CIT coïncide avec un jour d'hospitalisation du patient), ni avec un traitement hospitalier en place de surveillance pour patient ambulatoire
- Dénombrement des CIT suivant la date d'établissement des CIT

Champ d'observation concernant les séances

- Définition: Par «séance» on désigne le contact journalier entre un médecin et un patient ayant engendré au moins une prestation de la nomenclature des médecins prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance accident.
- Séances qui sont en rapport ni avec un traitement hospitalier stationnaire ni avec un traitement hospitalier en place de surveillance pour patient ambulatoire
- Dénombrement des séances suivant la date de prestation des séances

Lors de l'analyse d'un dossier individuel, il sera fait abstraction des certificats émis pour une période pour laquelle la production d'un certificat médical n'est pas requise par les statuts de l'Union des caisses de maladie. Il est tenu compte du contexte social de la patientèle où le taux de la fréquence de séances avec émission d'un certificat d'incapacité par rapport au nombre total de séances se situe entre 50% et 60%.

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.