

Association des médecins et médecins-dentistes

Convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale

Convention pour les médecins

Convention pour les médecins entre la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes applicable le 1^{er} jour du 6^{ème} mois suivant sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg

Sommaire

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

<u>Titre XX</u>	Dispositions transitoires
<u>Annexe I</u>	Rapport du 24 mars 1989 du groupe de travail chargé de faire des propositions relatives à la médicalisation des secours d'urgence.
<u>Annexe II</u>	Texte authentifié des articles 3, 4 et 10 du Chapitre I du règlement technique et de coordination du service médical d'urgence de l'association des médecins et médecins-dentistes.
<u>Annexe III</u>	Références médicales
<u>Annexe IV</u>	Modalités d'établissement et d'évaluation des rapports d'activité
<u>Annexe V</u>	Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale

Historique

(extrait du site <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/conv/1993/12/13/n6/jo>)

- Avenant à la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, concernant les médecins, (ci-après la « Convention »). (Mémorial A n° 611 de 2024)
- Modification de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Union des Caisses de maladie concernant les médecins. (Mémorial A n° 622 de 2021)
- Avenant à la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins, (ci-après la « Convention »). (Mémorial A n° 593 de 2021)
- Modification de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Union des Caisses de maladie concernant les médecins. (Mémorial A n° 1030 de 2020)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé. (Mémorial A n° 152 de 2016)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS). (Mémorial A n° 201 de 2015)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS). (Mémorial B n° 119 de 2015)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins. (Mémorial A n° 28 de 2013)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé. (Mémorial A n° 201 de 2012)

- Amendement de l'annexe numéro V intitulée « Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale » de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS). (Mémorial A n° 29 de 2012)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'UCM (actuellement CNS). (Mémorial A n° 276 de 2011)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes et l'union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du code des assurances sociales concernant les médecins. (Mémorial A n° 7 de 2007)
- Amendement de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes et l'union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du code des assurances sociales concernant les médecins. (Mémorial A n° 58 de 1998)
- Amendement à la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes et l'union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du code des assurances sociales concernant les médecins. (Mémorial A n° 88 de 1995)
- 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. (Mémorial A n° 100 de 1993)

Titre I - Etendue de la convention

Médecins

Art. 1. La présente convention s'applique à tous les médecins 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 ou qu'ils prescrivent des prestations de soins de santé ou des fournitures aux personnes protégées en vertu du Code de la sécurité sociale 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 du Centre hospitalier de Luxembourg engagés à plein temps ou à temps partiel conformément au règlement grand-ducal modifié du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du Centre hospitalier de Luxembourg, ainsi qu'à tous médecins hospitaliers qui seraient placés sous le même régime contractuel de travail.

La convention s'applique encore aux médecins 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 Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, ainsi qu'aux médecins disposant d'une autorisation de prestations de services temporaire, accordée par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 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 de la sécurité sociale.

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 au Grand-Duché de Luxembourg, les parties à la présente convention reconnaissent à tout médecin le droit de s'installer librement dans le pays.

L'installation d'un médecin dans une association de médecins n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à la Caisse nationale de santé de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des médecins associés, le numéro de leur code prestataire, le numéro du code prestataire commun 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 se font attribuer par la Caisse nationale de santé un code prestataire. A cet effet il suffit de notifier à la Caisse nationale de santé leur agrément ministériel et l'adresse de leur cabinet.

Un code prestataire commun est attribué aux associations de médecins 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 de la sécurité sociale 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 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, des psychothérapeutes ou des professions de santé, les médecins ne peuvent réaliser à charge de l'assurance maladie que les actes professionnels prévus par la nomenclature médicale.

Les médecins qui exercent la profession de médecin 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 la Caisse nationale de santé par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale doivent déposer auprès de la Caisse nationale de santé 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 dans le cadre du service d'urgence, du service de remplacement, du service de garde dans les hôpitaux et du service SAMU sont opposables à l'assurance maladie dans la mesure où ces actes correspondent à ceux prévus par la nomenclature des actes médicaux 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 les instruments suivants:

- La [loi modifiée du 8 mars 2018](#) relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- Le [règlement ministériel 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 modifié du 25 janvier 2019](#) déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique ;
- 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 ;
- Le [rapport du 24 mars 1989](#) du groupe de travail chargé de faire des propositions relatives à la médicalisation des secours d'urgence, tel que ce rapport décrit les devoirs et obligations incombant à ceux qui sont liés par la présente convention.

Le rapport du 24 mars 1989 ainsi que le règlement du service d'urgence mentionnés aux deux tirets finals ci-dessus sont annexés à la présente convention et en font 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.

Art. 8. Sauf en cas de catastrophe ou d'incidents exceptionnels, les interventions dans le cadre du service SAMU à charge de l'assurance maladie sont limitées, en moyenne annuelle, à dix sorties par jour.

Titre IV - Délivrance des soins

Identification des personnes protégées

Art. 9. Sauf en cas de confirmation de l'état de l'affiliation par la liaison informatique prévue à l'article 9bis, la qualité de personne protégée est établie à l'égard du médecin par la présentation d'une carte d'assuré qui doit être exigée par le médecin.

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 d'identification de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Sauf urgence ou dans le cas prévu à l'alinéa final du présent article, le médecin 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, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Si la personne protégée s'identifie par le biais d'une authentification forte dans le contexte d'une identification numérique, les alinéas 1er et 3 du présent article ne s'appliquent pas. L'authentification forte est une procédure d'identification qui requiert la concaténation d'au moins deux facteurs d'authentification.

Dans le cadre de la procédure du tiers payant social, le médecin 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 de reporter le numéro d'identification 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 identification de la personne protégée n'a pu être faite, le médecin barre ostensiblement l'endroit prévu pour l'inscription du numéro d'identification sur les formules standardisées papier émises en faveur du patient. Lorsqu'il s'agit d'une formule standardisée numérique transmise au système d'information de la sécurité sociale, l'espace prévu pour le numéro d'identification n'est pas rempli et est remplacé par l'introduction de la date de naissance du patient d'après les modalités convenues au cahier des charges visé à l'article 18, et le médecin remet une version papier de cette formule standardisée au patient et l'informe qu'un envoi postal à la caisse compétente est nécessaire s'il souhaite faire valoir ses droits de prise en charge. A défaut d'indication du numéro d'identification, les formules standardisées de mémoires d'honoraires ne peuvent être émises que dans le cadre du système de prise en charge de remboursement.

Art. 9 bis. Pour la mise en compte de prestations par le médecin à l'égard du patient, la Caisse nationale de santé met à disposition et maintient une liaison informatique pour permettre au médecin de pouvoir accéder à l'interface d'échange du système d'information de la sécurité sociale, mise à disposition par la Caisse nationale de santé en collaboration avec le Centre commun de la sécurité sociale, afin de procéder à la vérification :

- de l'état de l'affiliation, à la date de la prestation, de la personne protégée ayant bénéficié de la prestation, sur base de son numéro d'identification ;
- de la validité du numéro de l'accident, à la date de la prestation, constitué par le numéro de référence du dossier de l'accident du travail ou de trajet ou de la maladie professionnelle déclarés.

Pour ce faire, le médecin qui souhaite utiliser l'accès à cette interface d'échange signe un contrat y relatif avec comme cosignataires le Centre commun de la sécurité sociale d'une part et la Caisse nationale de santé d'autre part.

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 44 du Code de la sécurité sociale, 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 d'identification 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, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 12 concernant le cas d'urgence, les associations de médecins, 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 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 de leur choix.

Art. 13. Les médecins 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 de la sécurité sociale 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 prévues à l'article 65 du [Code de la sécurité sociale](#) ainsi que de l'article 19, alinéa 3 du même code, la liberté thérapeutique des médecins est garantie.

La liberté de prescription est garantie.

Autorisation préalable prévue par la nomenclature

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

Il est de convention expresse que la Caisse nationale de santé s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du Contrôle médical de la sécurité sociale parviennent aux médecins dans un délai de trois semaines au plus.

Sur demande expresse du patient ou en cas d'urgence, les médecins peuvent réaliser ces actes avant d'avoir obtenu une décision du Contrôle médical de la sécurité sociale. 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, 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 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 modifiée du 26 mars 1992](#) sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le médecin 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. Les parties s'accordent sur la mise en place de la numérisation et de la dématérialisation des flux d'information et des documents qui sont nécessaires à la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie. Elles conviennent de privilégier la gestion, la transmission et la conservation numériques des documents prévus dans le cadre de la présente convention.

Cette démarche vise l'intégralité des processus et des flux entre les parties, à savoir la dématérialisation au sens de numérisation des documents et pièces justificatives établies sous format papier, la transmission numérique et la conservation des documents numériques, à savoir la création et la préservation des archives de documents numériques dans le temps. Les documents numériques qui sont échangés à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé sont conservés pour une durée maximale de dix ans à compter de la prise en charge.

Le médecin utilise un programme informatique, dit logiciel métier, décrit à l'article 18*bis*. Il s'engage à suivre la procédure d'accès à la transmission par voie numérique de données entre son système d'information et le système d'information de la sécurité sociale, le tout tel que décrit à l'article 18*bis* et dans le cahier des charges. En cas de transmission exclusivement numérique de données structurées et normalisées vers le système d'information de la sécurité sociale, le médecin garantit la mise en place de procédures de rematérialisation des documents numériques.

Les parties garantissent que les échanges entre médecins, personnes protégées et assurance maladie de formules standardisées numériques, munies d'une signature électronique lorsqu'elles sont susceptibles d'entraîner une prise en charge par l'assurance maladie, sont faits à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé. En cas de modification des législations et réglementations de ces dispositions et des processus, les parties conviennent de s'y conformer dans les délais impartis par les lois et règlements et d'entrer en négociation, le cas échéant, pour adapter la présente convention aux requis légaux ou réglementaires.

La signature électronique a pour finalité de pouvoir identifier de manière univoque le médecin ayant presté l'acte ou le service ou ayant émis une formule standardisée prévue par le cahier des charges faisant partie intégrante de la présente convention, ou le cas échéant son délégué autorisé selon l'article 24. La signature électronique doit être apposée en utilisant un dispositif sous le contrôle exclusif du signataire. Toute signature électronique doit être conforme au [Règlement \(CE\) n° 910/2014](#) du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et doit être soit une signature électronique qualifiée, soit une signature électronique avancée utilisant la technologie de cryptographie asymétrique et pour lesquelles les certificats avancés ont été émis par une Autorité de Certification conformément aux standards reconnus ETSI ou Webtrust. En complément à ce qui précède, toute signature électronique doit être accompagnée d'un horodatage qualifié réalisé par un Prestataire de Services de Confiance Qualifié (QTSP) et,

- lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format PDF isolé, être conforme aux exigences du standard PAdES défini dans la norme ETSI EN 319 142, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B-LT ;
- lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format PDF embarquée dans un XML signé XAdES-B-LT conformément au tiret suivant, être conforme aux exigences du standard PAdES défini dans la norme ETSI EN 319 142, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B;
- lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format XML, être conforme aux exigences du standard XAdES défini dans la norme ETSI EN 319 132, parties 1 et 2, et être créée en respectant au minimum le niveau de signature défini dans le profil XAdES-B-LT.

Un contrôle de la validité de la signature électronique, conforme aux exigences des standards ETSI EN 319 102-1 et ETSI TS 119 102-2, est effectué lors de l'entrée des documents signés électroniquement dans le système informatique de la Caisse nationale de santé.

À l'exception de l'ajout des données administratives strictement nécessaires au traitement des documents que sont l'identification et l'affiliation de la personne protégée, les parties garantissent que les documents numériques transmis et archivés dans le cadre de la présente convention sont des originaux ou qu'ils n'ont subi aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent. Toute copie d'un original est présumée être une copie fidèle ayant la même valeur juridique et force probante que l'original.

Les incidents liés à la sécurité de l'information sont gérés conformément au système de management de la sécurité de l'information incluant un processus de gestion de risques mis en œuvre par l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001.

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 de la sécurité sociale, les médecins font usage de formules standardisées répondant aux critères déterminés dans le cahier des charges conventionnel.

Si ces formules standardisées sont susceptibles d'être opposables à l'assurance maladie, elles contiennent obligatoirement les nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin ainsi que les nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée. Outre ces inscriptions, le médecin y fait figurer d'autres indications utiles déterminées par le cahier des charges ou par des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles. Sur tous les documents en relation avec des prestations concernant un accident professionnel présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin 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. À l'exception des formules standardisées papier dont aucune version numérique n'est transmise au système d'information de la sécurité sociale, toute formule standardisée susceptible d'être opposable à l'assurance maladie doit comporter un code-barres dont les spécifications sont inscrites au cahier des charges.

Sauf en cas de force majeure ou lors d'un déplacement du médecin au domicile ou au lieu de séjour de la personne protégée à l'exclusion de son propre cabinet médical, le médecin transmet des formules standardisées sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé. En cas de transmission numérique d'une formule standardisée conformément à ce qui précède, le médecin peut également émettre une version papier de cette formule standardisée sur demande de la personne protégée. De manière

générale et sans préjudice des dispositions de l'article 24, toute version papier est signée et cachetée par le médecin.

En cas d'absence d'indication du numéro d'identification du patient telle que prévue à l'article 9, dernier alinéa, le médecin doit également remettre une version papier de cette formule standardisée au patient.

En cas de force majeure ou lors d'un déplacement du médecin au domicile ou au lieu de séjour de la personne protégée à l'exclusion de son propre cabinet médical, il suffit que le médecin établisse une formule standardisée papier sans transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale. Toujours en cas de force majeure ou lors d'un déplacement tel que précité, le médecin peut recourir au serveur de formulaire du système d'information de la sécurité sociale mis à disposition par la Caisse nationale de santé pour transmettre une formule standardisée d'un certificat d'incapacité de travail sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

À l'exception des médecins exerçant au sein d'une association telle que prévue à l'article 3 ou réalisant un chiffre d'affaires annuel dépassant cent mille euros (100.000,00 €), les médecins nés avant le 1^{er} janvier 1965 peuvent, sur demande écrite unique, être dispensés de la transmission numérique prévue à l'alinéa 11. Cette demande est à adresser avant le 1^{er} août 2025 par courrier recommandé à la Caisse nationale de santé qui dispose d'un délai de deux semaines pour y donner suite. Pendant cette durée de traitement, le médecin bénéficie de la dispense. Si une telle dispense lui a été accordée avant qu'il ne remplisse l'un de ces critères d'exclusion, elle prendra fin de plein droit quarante (40) jours après sa notification par lettre recommandée au médecin. Le médecin qui bénéficie de cette dispense a le droit d'établir des formules standardisées papier sans transmission numérique au système d'information de la sécurité sociale. Il peut transmettre des formules standardisées sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, conformément à l'alinéa 11, sans que cela ne mette fin à sa dispense. Il peut recourir au serveur de formulaire du système d'information de la sécurité sociale mis à disposition par la Caisse nationale de santé pour transmettre une formule standardisée d'un certificat d'incapacité de travail sous forme de données structurées et normalisées au système d'information de la sécurité sociale, à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Le cahier des charges prévoit l'emplacement des informations dans le document, leur format numérique, les codes et libellés des actes et services ou les dénominations précises à utiliser ainsi que toutes les précisions nécessaires permettant de garantir une interopérabilité entre les différentes solutions numériques communiquant à travers la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi qu'une bonne compréhension du mémoire d'honoraires par la personne protégée.

Les conditions, modalités et normes techniques de la transmission des données nécessaires à la prise en charge des prestations par l'assurance maladie par le biais de procédés numériques sont déterminées par le cahier des charges.

Logiciel métier

Art. 18 bis. Le logiciel métier désigne un logiciel spécifique conçu pour permettre au médecin de réaliser des services eSanté de support, ayant pour but l'échange et le partage de données avec l'assurance maladie.

Par « service eSanté » on entend tout service électronique mis à disposition des médecins au sein de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé ayant pour objet de favoriser l'échange de données de santé.

Par « service eSanté de support » on entend tout service eSanté qui assume une fonction technique de support à d'autres services en lien avec les missions de l'Agence et dont l'exploitation impose qu'ils soient hébergés sur les serveurs de celle-ci.

Le logiciel métier doit être équipé d'un processus d'authentification forte conforme au système de management de la sécurité de l'information incluant un processus de gestion de risques mis en œuvre par l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001, pour permettre l'authentification forte du médecin ainsi que de ses délégués autorisés.

Pour permettre la transmission et la circulation des données entre les logiciels métier utilisés par les médecins, l'assurance maladie et les personnes protégées, les logiciels métier doivent disposer de l'attestation de conformité de l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001.

Toutes autres modalités et conditions concernant les transmissions d'informations numériques entre les médecins et l'assurance maladie sont fixées par le cahier des charges.

Consentement de la personne protégée à la gestion numérique de ses données personnelles

Art. 18 ter. Pour toute transmission numérique par le médecin de données vers le système d'information de la sécurité sociale nécessitant le consentement à la gestion numérique des données personnelles de la personne protégée, la Caisse nationale de santé garantit à la personne protégée un contrôle sur la gestion numérique de ses données personnelles, dès réception de ces données sur le système d'information de la sécurité sociale, en lui permettant notamment :

- de consentir ou non à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d'information de la sécurité sociale ;
- de choisir le traitement granulaire de ses données personnelles ;
- de retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles à tout moment. Le retrait ne compromet pas pour autant la licéité du traitement fondé sur le consentement avant son retrait.

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

La commission paritaire permanente a également un rôle de conciliation si le médecin remet en cause le résultat du moteur de règles basé sur les règles de tarification.

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

Art. 20. Chaque médecin est libre de se procurer les formules standardisées visées à l'article 18 par le moyen qu'il juge le plus approprié à condition que les formules standardisées utilisées correspondent aux normes fixées au cahier des charges.

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

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

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 25bis, tout document, ordonnance et certificat doit porter lisiblement le nom du praticien dont il émane et son code prestataire.

Auto-prescription

Art. 23. Lorsqu'un médecin 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 ou par la nomenclature des psychothérapeutes 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. Le Contrôle médical de la sécurité sociale 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 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin.

Les actes doivent être inscrits sur la formule standardisée 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 doivent inscrire sur la formule standardisée le montant intégral des honoraires perçus ou 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 dans le cadre de l'assurance maladie ne peuvent

être exigés à moins qu'ils ne concernent des frais perçus sur la personne protégée en règlement d'engagements que le médecin 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 quant à la conformité des inscriptions. Le délégué autorisé ne peut être qu'une personne physique.

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

Les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil inscrits au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, ne figurent pas sur la formule standardisée unique reprenant le montant intégral des honoraires perçus ou facturés, telle que prévue à l'alinéa 3, première phrase, mais doivent être portés sur une formule standardisée distincte avec indication du numéro de l'appareil utilisé.

(2) Lorsque le médecin 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, réalisés au cours d'un exercice dans le cadre d'une association visée à l'article 3, alinéa 2, sont imputés exclusivement à l'association.

Moteur de règles

Art. 24bis. (1) Le moteur de règles est un logiciel mis à disposition par la Caisse nationale de santé, réservé au système de prise en charge directe du paiement immédiat direct, qui vérifie l'état de l'affiliation du patient auprès de l'assurance maladie au jour de la prestation des actes et services et examine les mémoires d'honoraires des médecins en appliquant les règles de tarification.

Les règles relatives à la prise en charge des actes et services par l'assurance maladie ainsi que l'ensemble des conditions et modalités d'opposabilité à l'assurance maladie prévues par les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles constituent les « règles de tarification ».

(2) Les mémoires d'honoraires ne peuvent être établis avec le concours du moteur de règles qu'après authentification d'au moins deux facteurs du médecin et après identification de la personne protégée.

(3) Le moteur de règles se base sur la saisie encodée conformément aux dispositions de l'article 18, alinéas 9 et 10, et de l'article 24 par le médecin ou son délégué autorisé pour lui indiquer, sous réserve d'affiliation valable à l'assurance maladie au jour de la prestation des actes et services, le numéro d'identification du patient et, par acte ou service presté et mis en compte, il l'informe également sur :

- la part statutaire incombant à l'assurance maladie,
- la participation personnelle de la personne protégée et
- les anomalies éventuelles.

Dans les cas où le médecin établit le mémoire d'honoraires à l'aide du moteur de règles, la personne protégée prend connaissance du résultat fourni par celui-ci tel que prévu au présent paragraphe dès validation dudit résultat par le médecin.

L'analyse effectuée par le moteur de règles et indiquée au médecin vaut validation par l'assurance maladie des montants lui opposables.

Art. 25. Face à l'analyse effectuée par le moteur de règles, le médecin peut décider soit de rectifier le mémoire d'honoraires, soit de valider le résultat du moteur de règles, soit de contester le résultat du moteur de règles.

Par sa validation, le médecin confirme avoir facturé de bonne foi les prestations qu'il a fournies à la personne protégée et rend le mémoire d'honoraires définitif. Ce mémoire d'honoraires ainsi que le résultat du moteur de règles doivent être communiqués à la personne protégée.

Le médecin peut marquer son désaccord avec l'analyse du mémoire d'honoraires effectuée par le moteur de règles lorsqu'il conteste l'interprétation d'une règle de tarification faite par celui-ci ou lorsqu'il estime constater une erreur dans sa programmation.

Le médecin informe la Caisse nationale de santé de son désaccord avec le résultat fourni par le moteur de règles. La personne protégée est informée qu'un mémoire d'honoraires standardisé lui est délivré sans validation par le moteur de règles et qu'elle doit formuler une demande en remboursement auprès de l'assurance maladie afin de pouvoir recouvrer la part statutaire.

Le moteur de règles établit mensuellement un rapport d'erreurs et de contestations afin d'améliorer continuellement la fiabilité des calculs, la bonne compréhension des règles de tarification et d'assurer la bonne application de celles-ci. Ce rapport est destiné aux délégués désignés de la commission paritaire permanente.

Art. 25bis. 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 26 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 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 consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peut 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 de la sécurité sociale.

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 de la sécurité sociale, le médecin 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 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 par le médecin et porter son code prestataire. 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 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. (article supprimé)

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 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 de la sécurité sociale 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 la Caisse nationale de santé, 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 de la sécurité sociale 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 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 de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé 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 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 de la sécurité sociale, accompagnée d'un certificat circonstancié.

Lorsque pour des raisons graves et urgentes, à apprécier par le médecin-prescripteur, l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale 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 de la sécurité sociale.

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

Ordonnances pour médicaments composant la trousse d'urgence

Art. 34. Les médicaments susceptibles de composer la trousse d'urgence, déterminés par règlement grand-ducal selon la loi modifiée du 25 novembre 1975 concernant la délivrance de médicaments, sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie.

Ces médicaments sont délivrés dans les conditionnements prévus sans frais au médecin en pharmacie ouverte au public 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 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 de la sécurité sociale, les médicaments, pansements et autres fournitures ne peuvent être prescrits à charge de l'assurance maladie si par sa prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance le médecin 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 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 standardisées 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 sur la formule standardisée prévue au cahier des charges.

Lorsque la pathologie particulière de la personne protégée exige des examens de laboratoire à intervalles réguliers, le prescripteur est habilité à émettre en une seule fois un nombre d'ordonnances suffisant pour permettre une surveillance du malade pendant une période de six mois au plus. Les dates-limite de chaque examen doivent être mentionnées sur les ordonnances.

Lorsqu'un médecin réalise des actes professionnels visés par l'article 6 de la [loi modifiée du 16 juillet 1984](#) relative aux laboratoires d'analyses médicales pour les analyses de pratique courante dont la réalisation dans les cabinets médicaux et médico-dentaires est autorisée par la liste prévue à l'article 6 précité et qui sont inscrits dans la nomenclature générale des analyses de laboratoire et de biologie clinique visée à l'article [65](#) du Code de la sécurité sociale, il est dispensé de l'établissement d'une ordonnance dans les formes prescrites par la présente convention. Les actes en question figurent sur la note d'honoraire d'après le code qu'ils portent dans la nomenclature afférente.

Les ordonnances concernant des examens de laboratoire réalisés à des fins scientifiques ne sont pas à charge de l'assurance maladie et doivent être marqués conformément aux dispositions de la nomenclature des actes de laboratoire.

Art. 37. (article supprimé)

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 et de psychomotricité

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

Les prestations 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.

Prescription de cures thermales

Art. 40. Le médecin qui propose à une personne protégée une cure thermale à l'intérieur du pays remet à l'intéressé une recommandation médicale et un certificat contenant les informations médicales prescrites par les statuts pour l'obtention d'une cure, ainsi qu'une liste des médecins exerçant au centre thermal, visés à [l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987](#) organisant le centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Ordonnances pour fournitures

Art. 41. Le médecin qui prescrit des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé 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 de la sécurité sociale ou un avis de la division de l'inspection sanitaire ou du service audiophonologique de l'Etat sont prescrits par les statuts, le prescripteur en informe la personne protégée à la délivrance de l'ordonnance.

Certains appareils et fournitures déterminés par les statuts ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur décision du Contrôle médical de la sécurité sociale et un avis conforme de la division de l'inspection sanitaire du ministère ayant la Santé dans ses attributions.

Ordonnances pour le transport de malades

Art. 42. Les transports non-urgents 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 en série en ambulance terrestre ou en taxi est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé accordée sur base d'une ordonnance spéciale préalable établie par le médecin en charge du traitement 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 et non-urgent 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 demi-assise est indispensable du point de vue médical pour l'aller et, le cas échéant, pour le retour.

Ordonnances pour déficients visuels

Art. 43. Sans préjudice des autres dispositions et conditions prévues par les statuts, les lentilles de contact doivent être prescrites par ordonnance médicale dans le cas où une des pathologies suivantes est constatée. Sur ces ordonnances, le médecin indique le numéro d'un des diagnostics suivants :

1. amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries
2. astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20 % par rapport aux verres ordinaires
3. kératocône
4. aphakie uni- et bilatérale
5. aniséiconie
6. anisométrie de plus de 3 dioptries
7. nystagmus de fixation
8. anisocorie
9. dystrophie cornéenne
10. myopie évolutive génétique
11. traumatisme cornéen ou scléral
12. traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
13. hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Sur les ordonnances médicales de verres teintés à charge de l'assurance maladie le médecin indique le numéro d'un des diagnostics suivants :

1. conjonctivite chronique
2. kératite et cicatrice cornéenne étendue
3. iritis
4. cataracte centrale congénitale y compris l'aphakie
5. glaucome
6. névralgie ciliaire
7. photophobie due à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne
8. albinisme
9. cécité.

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 26 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 par formule standardisée prévue à ces fins et la remet ou la transmet à la personne protégée ou au système d'information de la sécurité sociale conformément à l'article 18, alinéas 11 à 14. 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 portant sur le nom du patient, son numéro d'identification et les différentes dates doivent être complétées par le médecin sans laisser d'espaces désemplis. 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 la formule standardisée du constat d'incapacité de travail, prévu à l'alinéa premier ci-dessus, ne peut être utilisée 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. Le code diagnostic du certificat d'incapacité de travail numérique est transmis sous forme numérique au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le diagnostic est exprimé par un code à deux chiffres défini dans un tableau prévu au cahier des charges visé à l'article 18. Ces codes seront élaborés à partir des codes ICD10 à trois caractères alphanumériques au moins, par lien direct avec le catalogue ICD10, ce qui assure une cohérence internationale. En l'absence d'un code à deux chiffres approprié au diagnostic constaté ou présumé, le médecin indique le code ICD10 le plus adéquat. Un outil informatique proposé aux médecins permettra d'inscrire le code sélectionné sur le certificat d'incapacité de travail. Ces informations seront à disposition du médecin pour les renseigner dans le dossier médical du patient tenu à la disposition du Contrôle médical de la sécurité sociale à 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 la formule standardisée attestant l'incapacité de travail.

Transfert de malades à l'étranger

Art. 46. La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé à l'étranger est faite sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin et subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas prévus par le [Code de la sécurité sociale](#).

La demande d'autorisation est présentée sur une formule standardisée reprise au cahier des charges, qui contient :

- les noms, adresse et numéro d'identification de la personne protégée ;
- les données d'identification du médecin prescripteur et sa signature ;
- la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger ;
- le diagnostic précis moyennant codification ICD-10 à 4 caractères ou une version plus récente ;
- la date de début de traitement, si connue, avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement ;
- l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée ;
- la nature du traitement ;
- la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement ; et
- l'attestation que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et la nature de son handicap au moment de la demande.

Lorsque cette formule standardisée rend nécessaire le dévoilement d'un secret professionnel, le médecin la remet directement au Contrôle médical de la sécurité sociale à l'aide du système d'information de la sécurité sociale. En absence d'une version numérique de cette formule standardisée transmise au système d'information de la sécurité sociale conformément à l'article 18, alinéas 11 à 14, le médecin établit cette formule standardisée en format papier et la remet sous pli fermé soit au malade, soit directement au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin justifie l'urgence sur une ordonnance jointe à cette formule standardisée et la remet directement au Contrôle médical de la sécurité sociale à l'aide du système d'information de la sécurité sociale. En absence d'une version numérique de cette formule standardisée transmise au système d'information de la sécurité sociale conformément à l'article 18, alinéas 11 à 14, le médecin établit cette formule standardisée en format papier et la remet directement au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 47. Les demandes de transfert pour l'obtention d'actes, services et fournitures à l'étranger à charge de l'assurance maladie ne peuvent 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 la Caisse nationale de santé 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 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 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 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 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 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 par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins. (code CP7)

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 ou CP7.

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, 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.

Titre IX - Exercice conventionnel de la médecine hospitalière

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

Art. 51. Pour tout traitement stationnaire d'une personne protégée, l'admission à l'hôpital se fait sous la responsabilité d'un médecin agréé de l'hôpital.

Le médecin qui admet la personne protégée à l'hôpital, constate l'état d'urgence de l'admission. Une admission est considérée comme urgente, lorsque le patient présente une affection aiguë ou chronique nécessitant une admission stationnaire qui n'a pas pu être retardée plus que 24 heures. L'état d'urgence est consigné dans le dossier hospitalier du patient. Une admission via le service des urgences de l'hôpital est considérée d'office comme urgente. Le médecin ayant vu le patient aux urgences peut désigner un autre médecin comme médecin traitant à l'hôpital, s'il a pris l'accord de celui-ci.

En cas de changement de médecin traitant au cours d'un séjour hospitalier, le médecin ayant traité la personne protégée communique la fin du traitement à l'administration de l'hôpital. Le médecin qui continue le traitement confirme la reprise du traitement. Seulement à partir du moment où le médecin a confirmé la prise en charge, celle-ci devient active. Les dates et heures du changement de médecin traitant figurent dans le dossier hospitalier du patient.

Si la personne protégée nécessite le traitement simultané par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, la date et l'heure de début et de fin de chaque traitement sont communiquées à l'administration de l'hôpital. Ces informations sont consignées dans le dossier hospitalier du patient.

La sortie de la personne protégée de l'hôpital relève de la responsabilité du médecin traitant au moment de la sortie. Le médecin traitant communique la date du départ à l'administration de l'hôpital. Cette information fait partie du dossier du patient.

Lorsque la personne protégée est transférée vers un autre hôpital avec retour à l'hôpital de départ au cours de la même journée pour un examen ou une intervention, le médecin traitant ordonne le transfert et assure la reprise du patient après le transfert.

Déclaration de fin d'hospitalisation

Art. 52. Le médecin traitant d'une personne protégée admise en traitement stationnaire tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens suivant la classification ICD-10-PCS. Pour toute intervention ou examen, l'indication de la date et du lieu est obligatoire. Le relevé est intégré dans le dossier hospitalier du patient par le médecin traitant.

A la fin de chaque traitement, le médecin traitant établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant la classification ICD-10-CM et inscrit les codes dans le dossier hospitalier du patient.

Le médecin qui effectue une intervention ou un examen à la demande ou sur prescription du médecin traitant indique les actes effectués suivant la classification ICD-10-PCS, il établit les diagnostics suivant la classification ICD-10-CM en relation avec son intervention ou son examen et intègre les codes dans le dossier hospitalier du patient.

Les codes ICD-10-PCS et ICD-10-CM inscrits par les médecins dans le dossier hospitalier du patient sont revus par le Service de documentation médicale de l'hôpital qui doit pouvoir s'appuyer sur les rapports médicaux contenus dans le dossier hospitalier du patient.

Le médecin traitant fournit au médecin responsable du Service de documentation médicale toute information complémentaire nécessaire à l'établissement de la codification définitive du séjour de la personne protégée. Toute modification et tout ajout de codes par le Service de documentation médicale par rapport aux codes initialement inscrits par le médecin traitant dans le dossier hospitalier du patient nécessite l'approbation du médecin traitant.

En cas de non-réponse du médecin traitant, l'approbation est acquise après un délai de six semaines à partir de la notification par le médecin responsable du Service de documentation médicale.

La liste des codes définitivement retenus par le Service de documentation médicale est communiquée au médecin traitant et fait partie du dossier hospitalier du patient.

Documentation des actes médicaux délivrés en milieu hospitalier.

Art. 53. A la fin de chaque semestre, la Caisse nationale de santé communique à chaque médecin traitant les codes appartenant aux séjours hospitaliers des personnes protégées suivant un système de classification des patients internationalement reconnu et applicable au niveau national.

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 leur transmet, sauf justification légitime, dans le délai de quinze jours les rapports et autres documents visés à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale.

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 de la sécurité sociale peut être saisi, le cas échéant à l'aide du système d'information de la sécurité sociale, 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, sans préjudice de l'article 110.

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 de la sécurité sociale 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 de la sécurité sociale au médecin-prescripteur.

Dans le cadre de la surveillance et du contrôle périodique de la mise en place des prothèses, orthèses et épithèses prévus à l'article 420 du Code de la sécurité sociale, les médecins donnent suite aux demandes de renseignement du Contrôle médical de la sécurité sociale au sujet du traitement médical intervenu entre les intervalles de contrôle.

Art. 56. Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont communiqués à la Caisse nationale de santé ou 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 au médecin-prescripteur.

Lorsque le Contrôle médical de la sécurité sociale 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 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. (article supprimé)

Titre XI. Paiement des honoraires

Art. 59. À l'exception des cas prévus à l'article 60, alinéa premier, premier point, le médecin et la personne protégée choisissent d'un commun accord le système de prise en charge des prestations par l'assurance maladie. Ils optent soit pour le système de remboursement, soit pour le système de la prise en charge directe.

Dans le cadre du système de remboursement, il appartient à la personne protégée de régler les honoraires du médecin. Le médecin délivre quittance pour le montant reçu. Sur base de cette quittance ou d'une preuve de paiement, la caisse compétente procède au remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie pour les mémoires d'honoraires lui transmis et pour lesquels la personne protégée a fait l'avance des frais.

Dans le cadre du système de la prise en charge directe, la présente convention prévoit deux procédures, à savoir la procédure dite tiers payant telle que prévue à l'article 60 et la procédure dite paiement immédiat direct telle que prévue à l'article 60bis. La procédure du paiement immédiat direct ne peut être choisie que si la condition prévue à l'article 60bis, alinéa premier est respectée.

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. La procédure de paiement direct par l'assurance maladie, dite procédure du tiers payant, est appliquée 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 forfaits médicaux pour suivi au centre de jour de psychiatrie.

c) Les indemnités horo-kilométriques dans le cadre du service de nuit en médecine générale.

d) Les forfaits médicaux pour les traitements au centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

e) Les consultations et les indemnités horo-kilométriques mises en compte par les médecins ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

f) Les prestations mises en compte conformément à l'article 67bis de la présente convention à une personne bénéficiaire du tiers payant social.

g) Pour les consultations du médecin généraliste ou du médecin spécialiste dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 prévues au tableau des actes et services de la première partie « actes généraux », chapitre 1^{er} « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (positions C801, C802 et C803).

h) C46 - Forfait pour l'inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la Santé, d'un patient reconnu vulnérable (position C46).

i) Les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, tels que prévus au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas et sauf application de la procédure du tiers payant social, la technologie prévue pour la procédure du paiement immédiat direct conformément à l'article 60bis peut être utilisée, auquel cas le médecin ne remet pas de relevé tel que prévu à l'article 61, paragraphe 1^{er}, alinéa 6 à la Caisse nationale de santé et, par dérogation à l'article 24bis, paragraphe 3, dernier alinéa, l'analyse effectuée par le moteur de règles et indiquée au médecin ne vaut pas validation par l'assurance maladie des montants lui opposables dans le cadre des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil.

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

a) Pour les traitements stationnaires ou les traitements pour patients admis en lit d'hospitalisation de jour 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 du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) sont considérées comme étant délivrées au titre du point 2 ci-dessus, même si ces prestations sont administrées en ambulatoire hors de l'enceinte du centre hospitalier.

Art. 60 bis. La procédure du paiement immédiat direct ne peut être choisie par la personne protégée et le médecin que si le mémoire d'honoraires est établi avec l'utilisation du moteur de règles.

Dans ce cadre, la personne protégée ne procède qu'au paiement de la part personnelle restant éventuellement à sa charge. Ce paiement marque son accord avec le mémoire d'honoraires et enclenche la liquidation selon les conditions et modalités de l'article 61, paragraphe 3.

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

Art. 61. (1) Sans préjudice des dispositions particulières régissant la prise en charge directe des 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 remet à la Caisse nationale de santé les mémoires d'honoraires dûment établis conformément aux articles 18, 24 et 25bis.

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

Pour être opposable à l'assurance maladie le mémoire d'honoraires établi par le médecin ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie doit être complété par le numéro du titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé suite à la transmission par le médecin spécialiste rapporteur de la feuille de présence à la réunion correspondant au modèle tel que prévu dans le cahier des charges visé à l'article 18 de la présente convention.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant, à l'exception de ceux émis conformément à l'article 60, alinéa 1^{er}, point 1), lettre i), sont remis à la Caisse nationale de santé en bloc une fois par mois.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un bloc séparé de mémoires d'honoraires émis conformément à l'article 60, alinéa 1^{er}, point 1), lettre i), peut être remis à la Caisse nationale de santé une fois par mois.

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

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. Chaque médecin 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 un relevé des prestations payées, contenant les nom, prénom et numéro d'identification 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 en cas d'envoi postal. La réception par la Caisse nationale de santé de l'envoi numérique du relevé fait foi en cas de transmission numérique au système d'information de la sécurité sociale.

(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\) f](#)), les mémoires d'honoraires munis d'une étiquette attestant le bénéficiaire à la prise en charge directe selon l'article [24 alinéa 2](#) du Code de la sécurité sociale sont transmis par le médecin à la Caisse nationale de santé aux fins de paiement des honoraires déterminés conformément à l'article [67bis](#) de la présente convention.

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 un relevé séparé des prestations prises en charge dans le cadre du tiers payant social, contenant les nom, prénom et numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

(3) Dans le cadre de la procédure du paiement immédiat direct, le paiement par la personne protégée de la participation personnelle enclenche automatiquement le processus de liquidation de la part statutaire.

Une fois le processus de liquidation prévu à l'alinéa précédent enclenché, il ne peut plus être interrompu. Il se clôture par le déclenchement du paiement au médecin par l'assurance maladie.

Si le mémoire d'honoraires est exempt de participation personnelle, le simple fait d'avoir choisi la procédure du paiement immédiat direct déclenche la procédure de liquidation.

La liquidation de la part statutaire au médecin intervient dans les 48 heures suivant la réception de l'information de la preuve de paiement du mémoire d'honoraires ou de l'ordre de paiement, ou au plus tard le prochain jour ouvrable si le délai se termine un samedi, dimanche ou jour férié.

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 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.

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 contestés 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, 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 renvoie à la Caisse nationale de santé le mémoire d'honoraires éventuellement rectifié accompagné du mémoire d'honoraires contesté muni de l'étiquette.

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 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 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 ladite procédure aura duré trois mois sans qu'il ne soit intervenu un paiement. Lorsque dans cette hypothèse le médecin 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 la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin 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 a droit de plein droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la [loi modifiée du 18 avril 2004](#) relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard.

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, notamment dans le cas où l'espace réservé à l'inscription du numéro d'identification de la personne protégée est marquée conformément à l'article 9.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 65. En absence de transmission numérique par le médecin au système d'information de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ne peut opposer au médecin 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 a été faite conformément à l'article 9 et que la vérification de l'état de l'affiliation prévue à l'article 9bis n'a pas été faite. L'absence de vérification de l'état de l'affiliation par le médecin est présumée tant que la Caisse nationale de santé n'en rapporte pas la preuve contraire.

Art. 66. Les honoraires payés par la Caisse nationale de santé 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 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 de la sécurité sociale 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 la Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé. En absence de transmission numérique par le médecin au système d'information de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé 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 et que la vérification de l'état de l'affiliation prévue à l'article 9bis n'a pas été faite. L'absence de vérification de l'état de l'affiliation par le médecin est présumée tant que la Caisse nationale de santé n'en rapporte pas la preuve contraire.

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 la Caisse nationale de santé 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. Ce titre exécutoire doit être coulé en force de chose jugée et accompagné par un procès-verbal de carence de l'huissier de justice y relatif. 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 la Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé 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. 67 bis. (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 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 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 22 juin 2018](#) modifiant le [règlement grand-ducal du 30 janvier 2004](#) fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins peuvent effectuer dans leur cabinet médical à l'occasion des actes médicaux.

La Caisse nationale de santé s'engage à payer au médecin le tarif intégral de l'acte mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins, 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 Caisse nationale de santé aux tarifs des actes visés ci-dessus. Les limitations des prestations prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé ne sont opposables au médecin que dans la mesure où le médecin, 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.

(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.

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 de la sécurité sociale](#).

Art. 69. Dans le cadre des négociations pour la révision des tarifs prévue à l'article [67](#) du [Code de la sécurité sociale](#) 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 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 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 peuvent être détruites. Le médecin lui-même doit faire le tri dans son fichier.

Tout médecin prend les dispositions nécessaires à ce qu'en cas de son décès, les dossiers médicaux dont il est détenteur puissent être tenus à la disposition de sa patientèle et transférés conformément à l'article [60bis](#) du [Code de la sécurité sociale](#) 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 de la sécurité sociale sur l'initiative de la Caisse nationale de santé.

La Caisse nationale de santé 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.

Le médecin 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 de sécurité sociale 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 411 du [Code de la sécurité sociale](#).

Les médecins sont autorisés à communiquer aux personnes obligées au secret professionnel et liées par une des conventions prévues par l'article 61 du [Code de la sécurité sociale](#) 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 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 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 12 du [Code de la sécurité sociale](#) 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 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 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 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 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 s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux 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 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 ayant la Santé dans ses attributions, 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 de la sécurité sociale 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 œuvre 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) et les hospitalisations. 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 escomptés devra être annuellement estimé.

Les références médicales visées à l'article [64 alinéa 2](#) du [Code de la sécurité sociale](#), 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 419 du Code de la sécurité sociale.

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. La Caisse nationale de santé souscrit à l'engagement de procéder dans le cadre de l'article 23 du [Code de la sécurité sociale](#) 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 de la sécurité sociale, 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 la Caisse nationale de santé 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. La Caisse nationale de santé souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes à l'engagement de collaborer conformément à l'article 419 du [Code de la sécurité sociale](#) 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 419 du [Code de la sécurité sociale](#) 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 de la sécurité sociale](#), la Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé 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 en cause.

Registre des appareils donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 82 bis. Chaque appareil donnant droit à la mise en compte d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil tel que prévu à l'article 60, alinéa 1^{er}, point i), sous i), doit être déclaré à la Caisse nationale de santé, à l'aide de la formule standardisée y relative figurant au cahier des charges visé à l'article 18, avant toute mise en compte dudit forfait. Si l'utilisation de l'appareil est soumise à une autorisation ministérielle, la déclaration à la Caisse nationale de santé ne peut pas être faite avant l'obtention de cette autorisation.

Pour chaque appareil, la Caisse nationale de santé tient un registre chronologique par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque prestation délivrée dont une prise en charge a été demandée : le code prestataire, la date de la prestation et le numéro d'identification de la personne protégée ayant bénéficié de la prestation.

Titre XVI - Médecine préventive et éducation sanitaire

Collaboration à la médecine préventive et à l'éducation sanitaire

Art. 83. La Caisse nationale de santé 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 œuvrant dans le domaine de la santé.

Programmes de médecine préventive

Art. 84. La Caisse nationale de santé 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 ministère ayant la Santé dans ses attributions conformément à l'article 17 du [Code de la sécurité sociale](#).

Sauf indication médicale motivée, acceptée par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge des frais de diagnostic précoce par mammographie en faveur des personnes appartenant aux classes d'âge ciblées par un programme de détection précoce au sens de l'alinéa susvisé, est subordonnée par les statuts de la Caisse nationale de santé à la condition que ce diagnostic soit effectué dans le cadre de ce programme.

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 contractuelles 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 de la sécurité sociale intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

La Caisse nationale de santé 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 de la sécurité sociale 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 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 œuvre pour faire connaître les recommandations prévues à l'article 79. A cet effet, elles prévoient des campagnes d'information auprès des médecins 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 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 de la sécurité sociale, 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 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 ayant la Santé dans ses attributions 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 78. 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 dans le délai de 15 jours au plus tôt à partir de la date de leur publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

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

Art. 92. Les médecins font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins nécessités le cas échéant par la Caisse nationale de santé dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du Code de la sécurité sociale.

Introduction de moyens thérapeutiques et fournitures nouveaux

Art. 93. Tout médecin 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 la Caisse nationale de santé et l'entente des hôpitaux, adresse au Contrôle médical de la sécurité sociale 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 de la sécurité sociale 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 la Caisse nationale de santé 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 médicale encourue dans le cadre de mesures disciplinaires décidées par le collège médical ou dans le cadre de l'article 15 de la loi modifiée 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.

Art. 96. Sauf spécification contraire ou spéciale, les termes "assurance maladie" englobent également l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels.

Titre XX - Dispositions transitoires

Art. 97. (article supprimé)

Art. 98. (article supprimé)

Art. 99. (article supprimé)

Art. 100. (article supprimé)

Art. 101. (article supprimé)

Art. 102. (article supprimé)

Art. 103. (article supprimé)

Dispositions conventionnelles avec d'autres prestataires et fournisseurs

Art. 104. Les listes de médicaments prévus par la convention visée à l'article 61, sous 8) du [Code de la sécurité sociale](#) 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 la Caisse nationale de santé.

Art. 105. (article supprimé)

Médecine préventive

Art. 106. La Caisse nationale de santé 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 Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg ensemble avec les instruments s'y rapportant.

Art. 107. (article supprimé)

Art. 108. (article supprimé)

Sécurité de la numérisation

Art. 109. Les médecins et l'assurance maladie s'engagent au respect de la loi du 1er août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et du régime général sur la protection des données, ainsi qu'au respect du règlement (UE) 2016/679 de l'Union Européenne du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Le médecin veillera notamment à conformer ses pratiques de travail aux impératifs de la législation sur la protection des données à caractère personnel. Il s'engage à une utilisation strictement professionnelle des accès aux données de l'Agence, de l'assurance maladie ou du Centre commun de la sécurité sociale. Il s'engage à utiliser les données qui lui sont communiquées à travers les échanges électroniques uniquement dans le cadre de l'exécution de sa mission envers l'assurance maladie.

Il ne transmet à des tiers les informations relatives à la personne protégée qu'avec l'accord de celle-ci ou dans les circonstances où la loi admet leur révélation.

Indemnisation trimestrielle des coûts numériques

Art. 110. La Caisse nationale de santé s'engage au paiement d'une indemnisation trimestrielle des coûts numériques que doivent prendre en charge les médecins ou les associations de médecins pour garantir la création et la transmission sécurisée des documents numériques, conformes au cahier des charges, avec les personnes protégées et l'assurance maladie à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'indemnisation trimestrielle des coûts numériques se compose de la totalité des compensations unitaires, calculée en multipliant le nombre de documents numériques opposables à l'assurance maladie avec la compensation unitaire.

La compensation unitaire est accordée par document transmis conformément à l'alinéa premier. Elle est fixée à 0,44 euros hors TVA par document pour l'année 2021. À partir de 2022, la compensation unitaire est fixée annuellement par la Caisse nationale de santé qui peut avoir recours à une fiduciaire experte en comptabilité et comptabilité générale.

La liquidation de l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques se fait trimestriellement au médecin ou à l'association de médecins selon les modalités suivantes :

- 1) l'Agence établit un récapitulatif trimestriel au plus tard le 10^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence, sur base duquel la Caisse nationale de santé calcule l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques à payer au médecin ou à l'association de médecins.
- 2) la Caisse nationale de santé envoie au plus tard le 25^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence un décompte de l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques à verser.
- 3) la Caisse nationale de santé liquide au plus tard le 30^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence.

Exclusion de la transmission numérique

Art. 111. Par dérogation à l'article 18, alinéas 11 à 14, aucun mémoire d'honoraires établi dans le cadre du tiers payant social ne peut être transmis numériquement au système d'information de la sécurité sociale.

Art. 112. Pour les formules standardisées émises dans le cadre du dispositif Médecin référent, les alinéas 11 à 14 de l'article 18 ne sont pas applicables.

Annexe I

Rapport du 24 mars 1989 du groupe de travail chargé de faire des propositions relatives à la médicalisation des secours d'urgence.

Jusqu'à présent les urgences avec ou sans détresse vitale étaient prises en charge par les ambulanciers avec la mission de leur prodiguer les premiers secours et de les amener le plus rapidement possible à l'hôpital de garde. Or, dans le cas d'une détresse vitale les minutes comptent, il s'engage une véritable course contre la montre où, de la rapidité de l'intervention médicale, peut dépendre la vie ou la mort. La détresse cardiocirculatoire et respiratoire nécessite des gestes immédiats tels que l'intubation, l'aspiration trachéobronchique, la ventilation assistée, la défibrillation, le remplissage vasculaire. Il s'agit maintenant de faire

sortir les spécialistes formés à la réanimation ainsi que les équipements de l'hôpital pour rejoindre le patient au lieu et moment où leur intervention maximise les chances d'efficacité: les objectifs de la médicalisation des secours d'urgence seront les soins urgents spécifiques sur le lieu de l'urgence même (ou le plus tôt possible), la mise en état pour le transport et une surveillance qualifiée pendant le transport.

I. Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

Dans un but de couverture nationale, chaque région hospitalière sera desservie par un service d'aide médicale urgente (SAMU): sont donc à créer un SAMU à Luxembourg-ville pour la région du Centre, un SAMU à Ettelbruck pour la région du Nord, et un tel service à Esch/Alzette pour la région du Sud. Chaque SAMU fonctionne à partir de l'hôpital régional de garde pour la région.

Chaque SAMU assure la disponibilité immédiate 24 heures sur 24 d'une équipe composée d'un médecin (voir point a) et d'un infirmier (voir point b).

Ad a)

Participent donc au SAMU les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation ou d'autres médecins- spécialistes ayant une compétence et une pratique journalière de la réanimation. Les médecins en voie de spécialisation pour l'anesthésie-réanimation doivent détenir une licence de remplacement en anesthésie- réanimation.

Ad b)

Les hôpitaux concernés s'organiseront de sorte qu'un infirmier-anesthésiste, ou un infirmier possédant une expérience dans le traitement des urgences et travaillant normalement dans le service de réanimation, soit disponible de façon immédiate pour les sorties SAMU. Il s'agira en priorité d'un infirmier anesthésiste. Les élèves infirmiers-anesthésistes entrent en ligne de compte. Pour la région Centre les deux infirmiers gradués du service des sapeurs-pompiers professionnels de la Ville de Luxembourg, infirmiers expérimentés en aide médicale urgente, peuvent participer à ce dispositif SAMU.

Le Ministère de la Santé organisera, en concertation avec le Ministère de l'Intérieur et les organisations et intervenants concernés, des cours afin de familiariser les participants SAMU avec le matériel, les radiocommunications et les contraintes particulières de l'intervention au lieu de l'accident ou à domicile.

De même devra-t-il réviser les attributions à la fois de l'infirmier-anesthésiste dans le sens que les activités de ces professionnels dans le cadre SAMU soient couvertes. Le SAMU devra être intégré dans la formation pratique de l'infirmier-anesthésiste.

Chaque SAMU dispose d'une antenne mobile c-à-d d'une voiture d'intervention rapide, dotée des moyens de télécommunication et de tout le matériel de réanimation nécessaires, opérationnelle 24 heures sur 24 heures.

L'antenne mobile stationnée auprès de l'hôpital de garde est destinée au déplacement rapide de l'équipe médecin-infirmier vers un lieu situé dans la zone d'impact du SAMU.

Le central des secours d'urgence 012 (CSU 012) envoie, en même temps que l'antenne mobile l'ambulance stationnée le plus près du lieu de l'accident ou de l'urgence.

Endéans un rayon de 15 km le rendez-vous de l'antenne mobile et de l'ambulance a lieu en principe sur le lieu-même où se trouve l'urgence. Au-delà du rayon de 15 km, le rendez-vous a lieu soit sur le lieu-même où se trouve l'urgence, soit en un endroit sur le trajet vers l'hôpital à convenir entre l'ambulance et l'antenne mobile par le biais du central des secours d'urgence 012.

II. Le médecin-généraliste

Alors que l'équipe SAMU devra intervenir pour secourir les urgences avec détresse vitale (urgences degré I) un système complémentaire est mis en place pour secourir les urgences sans détresse vitale mais nécessitant un diagnostic et/ou un traitement médicaux rapides (urgences degré II).

Ce système visant uniquement les urgences du degré II se trouvant à domicile est assuré par les médecins-généralistes.

III. La régulation des appels:

La régulation des appels est assurée par les préposés du service d'urgence 012 conformément au schéma en annexe. La direction de la Protection Civile veillera à ce que les préposés du service d'urgence 012 reçoivent les instructions nécessaires pour pouvoir appliquer les directives de régulation dès le démarrage du service d'aide médicale urgente.

Conformément au schéma de régulation, (annexe I) l'intervention des différents organes de l'aide médicale est réglée comme suit:

A) Intervention du S.A.M.U.

Le S.A.M.U. intervient pour secourir l'urgence avec détresse vitale (urgence degré I) se trouvant à domicile ou sur la voie publique. L'intervention du S.A.M.U. comporte automatiquement l'intervention de l'ambulance du centre de secours le plus proche.

B) Intervention du médecin-généraliste

Contrairement aux médecins-anesthésistes-réanimateurs du S.A.M.U., les médecins-généralistes n'interviennent pas sous contrainte.

En conséquence, si un médecin n'est pas en mesure ou ne veut pas donner suite à la demande du C.S.U. 012, celui-ci s'adressera à un autre médecin. Les médecins-généralistes appelés par le C.S.U. 012 à se rendre auprès d'une urgence, emmènent leur trousse personnelle de médicaments.

a) Intervention du médecin-généraliste en complément au S.A.M.U.

Le médecin-généraliste intervient en complément au S.A.M.U. pour secourir l'urgence avec détresse vitale à domicile ou sur la voie publique, si celle-ci se trouve à plus de 15 km du lieu de stationnement du S.A.M.U. Le C.S.U. 012 s'adressera à un médecin-généraliste de la localité la plus proche de l'urgence. Si le médecin-généraliste du service de remplacement du secteur peut intervenir dans le même délai, le C.S.U. 012 s'adressera d'abord à celui-ci.

b) Intervention du médecin-généraliste seul:

Le médecin-généraliste intervient seul pour secourir l'urgence sans détresse vitale si elle se trouve à domicile. En cas de besoin, le médecin demandera l'intervention du S.A.M.U. ou l'intervention de l'ambulance seule.

Le C.S.U. 012 s'adressera à un médecin de la localité la plus proche de l'urgence. Si le médecin-généraliste du service de remplacement peut intervenir dans le même délai, le C.S.U. 012 s'adressera d'abord à celui-ci.

c) Projet-pilote

Un projet-pilote sera réalisé dans le secteur du service de remplacement des médecins-généralistes de Luxembourg. Ce secteur comprend les communes de Luxembourg, Hesperange et Kopstal.

Le Ministère de la Santé mettra à la disposition des médecins assurant le service de remplacement dans le secteur de Luxembourg une voiture d'intervention dotée des moyens de télécommunication nécessaires.

Le médecin assurant le service de remplacement à l'aide de la voiture d'intervention est obligé de faire droit à la demande du C.S.U. 012 et de se rendre dans le meilleur délai auprès de l'urgence sans détresse vitale se trouvant à domicile.

Il peut également être sollicité exceptionnellement par le C.S.U. 012 pour secourir une urgence avec détresse vitale se trouvant à domicile, au cas où le SAMU Centre est déjà en intervention, que le délai d'intervention du SAMU d'une autre région est trop important et que le médecin-généraliste du projet-pilote pourra se rendre auprès de cette urgence degré I dans un délai de temps raisonnable. En parallèle à l'appel de ce médecin-généraliste pour une urgence degré I le C.S.U. 012 dépêche une ambulance du centre de secours le plus proche auprès de cette urgence.

Si le médecin du service de remplacement est déjà en mission et ne peut intervenir dans un délai raisonnable, le C.S.U. 012 pourra demander l'intervention d'un médecin-généraliste du secteur de Luxembourg divisé pour les besoins de la cause en 5 sous-secteurs: Le C.S.U. 012 appellera le médecin du sous secteur habitant le plus près de l'urgence.

Les médecins des sous-secteurs ainsi appelés ne sont pas soumis à contrainte pour intervenir.

C. Intervention de l'ambulance seule

L'ambulance intervient seule pour secourir et transporter à l'hôpital de garde l'urgence sans détresse vitale se trouvant sur la voie publique.

Les ambulanciers demanderont l'intervention du S.A.M.U. s'ils constatent sur place que l'état de santé de la victime exige des soins médicaux ou chirurgicaux immédiats.

IV. La coordination au niveau de chacun des trois centres SAMU est assurée par un médecin-anesthésiste responsable.

Ce médecin est notamment responsable de l'établissement du plan de garde médical ainsi que du matériel de réanimation et des coffres de médicaments.

Le médecin responsable ainsi que son adjoint sont nommés par le Ministre de la Santé, sur avis du Ministre de l'Intérieur.

V. Procès-verbal des interventions

Pour chaque sortie S.A.M.U. l'équipe du S.A.M.U. remplira un procès-verbal dont le médecin porte la responsabilité.

De même, le médecin-généraliste dressera un procès-verbal de chaque intervention qu'il est appelé à faire à l'aide de la voiture d'intervention dans le secteur de Luxembourg à la demande du C.S.U. 012.

Le préposé C.S.U. fera un résumé succinct des données de l'appel enregistré.

Ces renseignements seront exploités statistiquement par la Direction de la Santé et soumis à un groupe de travail qui fera des propositions d'adaptation du système en cas de nécessité.

VI. Dénomination des voitures d'intervention et ambulances

Les antennes mobiles portent le signalement S.A.M.U.-012. Dans les communications téléphoniques et radiotéléphoniques elles sont appelées, S.A.M.U. Luxembourg S.A.M.U. Esch, S.A.M.U. Ettelbruck.

La voiture d'intervention des médecins-généralistes du secteur de Luxembourg porte le signalement: Médecin- 012. Dans les communications téléphoniques et radiotéléphoniques, elle est appelée "Doc I".

Les ambulances portent le signalement ambulance - 012. Elles sont appelées par le nom du centre de secours, p. ex. Ambulance Pétange I, Ambulance Esch II.

VII. Aspects financiers:

a) Médecins-généralistes assurant le service d'urgence 012.

Les visites d'urgences effectuées par les médecins-généralistes sur demandes du 012 sont rémunérées selon les tarifs prévus par la convention entre l'association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) et la Caisse nationale de santé (CNS)

b) Médecins-spécialistes assurant le service SAMU.

Les sorties SAMU effectuées sur demande 012 par le médecin-spécialiste sont rémunérées selon les tarifs prévus par la convention entre l'AMMD et la Caisse nationale de santé.

A titre d'indemnité pour disponibilité le Ministre de la Santé accorde au groupe de médecin de chacun des trois centres une indemnité forfaitaire de 5 millions FL par centre et par an. Cette indemnité est liée à l'évolution de la valeur des points servant au calcul des traitements des fonctionnaires. Ce forfait est réparti entre les participants suivant un barème horaire élaboré par les médecins participant au service.

Le Ministère de la Santé prend encore en charge les primes d'assurances supplémentaires et /ou complémentaires couvrant la responsabilité professionnelle ainsi que les risques d'une invalidité partielle ou totale, temporaire ou définitive, et de décès, suite à un accident survenu dans le cadre du service SAMU.

c) Hôpitaux participant au service SAMU

Le Ministre de la Santé participe aux frais occasionnés aux hôpitaux par leur participation au service SAMU à raison de 5 millions FL par centre et par an. Cette indemnité est liée à l'évolution des salaires dans le secteur hospitalier.

Cette indemnité est à répartir entre les hôpitaux au pro rata de leur participation au service SAMU.

Les caisses de maladie prennent en charge les dépenses en relation avec le matériel thérapeutique ou de soins utilisé lors des interventions du service SAMU, selon des modalités restant à déterminer, pour autant que ce matériel n'est inclus dans un autre forfait à charge des caisses de maladie, et à condition que le matériel ait été utilisé pour un assuré ou coassuré des caisses de maladie.

Les risques encourus par les infirmiers sont couverts par l'assurance-accident tant en ce qui concerne leur travail à l'intérieur de l'hôpital que lors des sorties SAMU. En cas d'incapacité totale comme suite à un accident de travail la rente se chiffre à 80% du salaire de base.

En cas de décès suite à un accident de travail, la rente se chiffre à 40% du salaire annuel pour le conjoint jusqu'à son décès ou remariage et à 20% pour chaque enfant légitime ou naturel reconnu avant l'accident, jusqu'à l'âge de 18 ans. Les rentes réunies des survivants ne peuvent dépasser 80% de la rémunération de base. Ces rentes ne sont pas imposables.

Lors de la fixation définitive de l'intervention du Ministère de la Santé dans les frais créés par la participation d'un infirmier aux sorties SAMU, le Ministère tiendra compte des risques encourus par ce personnel.

d) Pour les trois intervenants précités (c.à.d. médecins-généralistes, médecins- spécialistes et hôpitaux), l'Etat s'engage à intervenir dans les frais d'une intervention SAMU demandée par le 012, lorsque les mêmes intervenants peuvent prouver par des pièces appropriées avoir épuisé tous les moyens de recouvrement des tarifs qui leur sont dûs.

VIII. Après une année, le fonctionnement du dispositif sera analysé dans le but de procéder aux adaptations jugées nécessaires.

IX. Le dispositif SAMU débutera de la façon suivante:

- du 15 mai au 1er juin 1989 fonctionnement du dispositif sous sa forme complète mais de façon non officialisée.
-
- à partir du 1er juin 1989 fonctionnement officialisé sauf si la phase précédente révélait la nécessité de procéder à des adaptations et donc éventuellement à un report de la date d'officialisation du système.

Annexe II

Texte authentifié des articles 3, 4 et 10 du Chapitre I du règlement technique et de coordination du service médical d'urgence de l'association des médecins et médecins-dentistes.

Art. 3. Le Service médical d'urgence a pour objet de procurer à des personnes blessées ou malades des soins d'urgence rapides et compétents à toute heure. L'étendue et l'importance de ce service se feront suivant le nombre de médecins disponibles.

L'association des médecins et médecins-dentistes met à la disposition du public, et pour les cas où les malades ou blessés ne peuvent accéder à leur médecin de famille ou au médecin de leur choix, un certain nombre de médecins-omnipraticiens, de médecins-spécialistes et de médecins-dentistes désignés par l'association.

Art. 4. Les blessés ou malades qui font appel à ces médecins doivent le faire soit par l'intermédiaire du central téléphonique du secours d'urgence de la Protection civile, soit par l'intermédiaire des hôpitaux de garde. Ces organes peuvent communiquer les noms des médecins de service, avec autorisation de ceux-ci. Les noms des médecins de service ne seront pas publiés dans la presse locale. Les appels doivent cependant passer par le central téléphonique ou par les hôpitaux de garde.

Les blessés ou malades ne peuvent prétendre à faire appel, dans le cadre du service d'urgence, à d'autres médecins que ceux qui sont de service.

Art. 10. Le paiement se fait à l'acte.

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 la Caisse nationale de santé. 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%.

Annexe V

Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale

Etendue du dispositif médecin référent

Art 1. La présente annexe règle les rapports de la Caisse nationale de santé avec le médecin référent (ci-après MR) désigné en vertu de l'article 19bis du CSS par la personne protégée répondant aux conditions déterminées à l'alinéa 2 du présent article. Les honoraires du MR pris en charge par l'assurance maladie couvrent la coordination des soins dans les cas de

pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée et du suivi régulier du contenu du DSP de la personne protégée adhérant au dispositif MR au sens de l'article 19bis alinéa 1er points 3 et 5) du CSS, ainsi que les missions prévues aux points 1, 4 et 6 de l'article 19bis alinéa 1er du CSS.

Ne peut être admis au bénéfice du dispositif MR au sens de la présente annexe que la personne protégée qui remplit cumulativement les conditions suivantes :

- être atteinte d'au moins une pathologie chronique grave définie comme une affection de longue durée (ci-après ALD) suivant la définition et les critères d'évaluation spécifiés dans l'annexe technique 1 et dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ainsi qu'un besoin de coordination substantiel du fait de l'intervention de multiples prestataires de soins de santé ;
- disposer d'un DSP dûment activé.

Le médecin auquel s'adresse la personne protégée ne peut accepter la mission prévue à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale que s'il répond aux conditions suivantes :

- offrir des soins primaires avec une approche holistique dans un milieu extrahospitalier et ;
- relever d'une des disciplines médicales suivantes : médecine générale ou pédiatrie.

Déclaration médecin référent

Art 2. La relation entre le MR et la personne protégée est conclue par l'établissement d'une déclaration MR. Celle-ci est constatée par écrit et renseigne :

- nom, prénom, code médecin et cachet du MR ;
- nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée ;
- date et signature du MR et de la personne protégée.

Le cas échéant, la déclaration MR peut être signée par un représentant légal de la personne protégée ou par une personne dûment habilitée en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le MR d'accéder au contenu de son DSP et déclare accepter que la Caisse nationale de santé verse, dès la prise d'effet de la relation MR, au DSP un résumé des prestations tel que spécifié à l'article 3 de la présente annexe.

Par la signature de la déclaration MR, le MR s'engage à utiliser dans ses relations avec la Caisse nationale de santé et la personne protégée et se rapportant au dispositif MR exclusivement les formulaires spécifiés dans les annexes techniques jointes.

Le modèle-type de la déclaration MR et reprenant la déclaration de la ou des ALD figure à l'annexe technique 2 et peut être téléchargé à partir du site de la Caisse nationale de santé. L'ALD la plus significative est à renseigner en premier lieu.

Pour être opposable à l'assurance maladie-maternité, la déclaration MR doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard avant la fin du 3e mois qui suit la date de la signature de la déclaration. Le MR remet une copie de la déclaration MR à la personne protégée.

Numéro de déclaration médecin référent

Art 3. Dès réception de la déclaration MR, la Caisse nationale de santé procède au contrôle du dossier. Après validation, la Caisse nationale de santé génère un numéro de déclaration MR unique qu'elle communique au MR et à la personne protégée. La déclaration MR prend effet le 1er jour du mois qui suit sa validation par la Caisse nationale de santé.

L'existence de la relation MR est communiquée par la Caisse nationale de santé à l'Agence eSanté.

A partir de la prise d'effet de la relation MR, la Caisse nationale de santé verse semestriellement au DSP de la personne protégée un résumé des prestations prises en charge par les assurances maladie-maternité, accident et dépendance des trois dernières années.

Résumé patient

Art 4. Dans les trois mois qui suivent la date de la prise d'effet de la relation MR, le MR intègre dans le DSP un résumé patient (ci-après RP) tel que spécifié à l'annexe technique 3. A la demande de la personne protégée, le MR lui explique le contenu du RP et lui remet, sans mise en compte de frais supplémentaires, une copie de celui-ci.

Le MR a l'obligation de mettre à jour le RP dans le DSP lors de chaque contact avec la personne protégée. Le MR inscrit à ce moment dans le RP tout nouvel élément clinique ou thérapeutique pertinent en relation avec l'état de santé de la personne protégée et utile à la coordination des soins entre professionnels de santé.

Relevé biennal ALD

Art 5. Le MR établit les années paires avant le 31 juillet un relevé tel que spécifié dans l'annexe technique 4 et indiquant par personne protégée :

- le numéro de déclaration MR ;
- la ou les ALD reprise(s) en annexe technique 1 et dont la personne protégée est atteinte en date du 1er juillet des années paires.

Le relevé est transmis via la plateforme Agence eSanté à la Caisse nationale de santé.

L'utilisation des données déclarées à la Caisse nationale de santé en relation avec les ALD se limite exclusivement à des fins de facturation et de contrôle pour les besoins de la Caisse nationale de santé ainsi qu'à l'élaboration de statistiques telles que prévues à l'article 8 alinéa 2 de la présente.

Prise en charge du forfait médecin référent

Art 6. La mise en compte du forfait MR est soumise aux conditions suivantes :

- le RP est mis à jour conformément à l'article 4 de la présente annexe et au minimum une fois au cours des 6 mois précédant la date de la mise en compte ;
- après la déclaration initiale d'une ou plusieurs ALD de la personne protégée, le relevé biennal ALD est communiqué à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 5. Par dérogation, la mise en compte du forfait se rapportant à une relation MR avec prise d'effet entre le 1er août et le 30 juin de l'année paire suivante est exclusivement conditionnée par l'attribution d'un numéro de déclaration MR.

Les honoraires spécifiques dans le cadre du dispositif MR tels que prévus par la nomenclature des actes et services des médecins sont pris en charge en application du système de prise en charge directe.

Lorsqu'il est mis fin à la relation MR tel que spécifié à l'article 7 ci- après, la mise en compte du forfait MR pour la période entamée est honorée à la fin de celle-ci si les conditions reprises au premier alinéa du présent article sont remplies à la date de la fin de la relation MR.

Révocation et fin de la relation médecin référent

Art 7. Pendant les douze premiers mois, la relation MR peut à tout moment être révoquée d'un commun accord entre la personne protégée et le MR, moyennant un préavis de deux mois. Cette révocation est notifiée à la Caisse nationale de santé par le MR.

A partir de la deuxième année, il peut être mis fin à la relation MR, à tout moment, et de façon unilatérale par l'une des parties, moyennant un préavis de deux mois. La partie à l'origine de la révocation en informe par écrit l'autre partie et met en copie la Caisse nationale de santé.

Les modèles-types de révocation prévues aux annexes techniques 5 à 7 peuvent être téléchargés à partir du site de la Caisse nationale de santé.

En cas de décès d'une des parties concernées, la Caisse nationale de santé informe dans les meilleurs délais l'autre partie de la cessation de plein droit de la relation MR.

Lorsque la personne protégée refuse l'accès de son DSP au MR ou procède à la fermeture de son DSP, la relation avec le MR au sens de la présente annexe est résiliée après un mois après notification par l'Agence eSanté à la personne protégée, au MR et à la Caisse nationale de santé.

Commission d'accompagnement et de suivi

Art 8. Le déploiement et le fonctionnement du dispositif MR sont accompagnés par une commission d'accompagnement et de suivi composée de quatre membres désignés par l'AMMD et de quatre membres désignés par la Caisse nationale de santé. Parmi les membres désignés par la Caisse nationale de santé peuvent notamment figurer un ou plusieurs représentants relevant du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Direction de la santé. La commission peut s'adjoindre des experts.

La Caisse nationale de santé met à disposition de la commission sous forme anonymisée à des fins statistiques et épidémiologiques les données en relation avec le dispositif MR.

La commission se donne les moyens :

- de suivre statistiquement l'évolution du dispositif MR ;
- d'évaluer l'impact financier du dispositif MR ;
- d'élaborer des recommandations pour améliorer et optimiser le dispositif MR ;
- de contribuer au développement du DSP en collaboration avec l'Agence eSanté.

La commission se réunit au moins deux fois par an. Elle dresse pour le 31 mars des années impaires un rapport de ses activités et de ses propositions en relation avec le dispositif MR.

Les modalités de fonctionnement et la présidence sont arrêtées par la commission.

Les ressources nécessaires pour le fonctionnement de la commission sont mises à disposition par la Caisse nationale de santé.

Dispositions transitoires

Art 9. 1) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR01 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015 suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée.

2) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 1er ci-avant, les relations MR correspondantes restent valides et sont poursuivies suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à partir de l'entrée en vigueur de la présente annexe.

3) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 1er ci-avant sans toutefois que l'ALD ait été déclarée au 30 juin 2015, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015 ainsi que, le cas échéant, une autre période de 6 mois complète, suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée. Les relations MR sont poursuivies suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à partir de l'entrée en vigueur de la présente annexe, à condition que la ou les ALD soient déclarées par le MR à la Caisse nationale de santé au plus tard jusqu'au 31 juillet 2016, soit en utilisant le formulaire repris à l'annexe technique 8, soit en l'intégrant au relevé biennal ALD.

4) Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, mais ne répondant pas aux conditions définies à l'article 1er ci-avant, les relations MR correspondantes restent valides jusqu'au 31 décembre 2016. Le MR peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant la date du 30 juin 2015, suivant les dispositions conventionnelles et tarifaires applicables à la date précitée.

5) Dès l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal prévu par l'article 60quater alinéa (6) du Code de la sécurité sociale, les notifications et transmissions de documents prévues aux articles 3 à 5 et 7 seront effectuées par voie électronique par le biais de la plateforme et/ou du DSP mis à disposition respectivement gérés par l'Agence eSanté.

En parallèle, les parties s'engagent :

- à promouvoir et à soutenir les démarches d'informatisation correspondantes au niveau des cabinets médicaux ;
- à intervenir auprès des éditeurs de logiciels de gestion de cabinets médicaux afin d'accélérer les développements informatiques nécessaires à la connexion au DSP et à la plateforme gérée par l'Agence eSanté ;
- à rendre prioritaire au niveau des travaux de l'Agence eSanté le développement et l'accompagnement requis afin que les MR puissent au mieux répondre au passage exclusif à la voie électronique.

Les parties s'engagent également à étudier ensemble la promotion d'un échange électronique élargi entre le corps médical et la Caisse nationale de santé, ainsi que la standardisation des outils de prescription et de facturation par voie informatique. Ils procéderont au plus tard pour le 1er octobre 2016 à une évaluation de la mise en œuvre du passage à la voie électronique dans le cadre du dispositif MR.

Jusqu'à l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal précité, les notifications et transmissions correspondantes peuvent être effectuées par tous moyens de communication usuels.

S'appliquent encore les dispositions suivantes:

a. Résumé des prestations

- à partir de la date de prise d'effet de la relation MR, l'Agence eSanté donne accès au DSP à la personne protégée et au MR après notification de la Caisse nationale de santé de la prise d'effet de la relation MR ;
- jusqu'au 30 juin 2016, la Caisse nationale de santé transmet à chaque personne protégée bénéficiant d'une nouvelle déclaration MR au sens des articles 1 et 2 de la présente annexe ou visée par les dispositions transitoires 2) à 4) ci-avant, le résumé des prestations sous forme papier portant sur les prestations à partir du 1er janvier 2013. Le MR sollicite le résumé des prestations auprès de la personne protégée aux fins de l'établissement du RP ;
- à partir du 30 juin 2016, la Caisse nationale de santé communique annuellement le résumé des prestations à l'Agence eSanté pour intégration dans le DSP. L'accès au résumé des prestations est réservé à la personne protégée et au MR. Le contenu du résumé des prestations porte sur les actes et services pris en charge par l'assurance maladie postérieurs au 30 juin 2015.

b. Résumé patient

- jusqu'au passage au transfert par voie électronique par le MR, la personne protégée atteste la mise à jour du RP prévue à l'article 4 de la présente annexe. Cette mise à jour moyennant le formulaire spécifique repris à l'annexe technique 9 conditionne le paiement du forfait MR ;
- jusqu'au passage au transfert par voie électronique par le MR, le délai prévu au 1er alinéa de l'article 4 est fixé à six mois ;
- à partir du 1er juillet 2016, les médecins participant au dispositif MR doivent avoir procédé à leur enrôlement au niveau de la plateforme gérée par l'Agence eSanté ;
- la copie du RP établi après la date du 1er janvier 2017 est à intégrer par le MR dans le DSP.

6) La révision du RP, telle que réalisée dans le cadre des missions relevant de la Commission d'accompagnement et de suivi, portant sur l'ensemble des éléments essentiels dudit résumé doit intervenir jusqu'au 1er juillet 2016 et donner lieu à un amendement de la présente annexe.

Disposition particulière

Art 10. Les missions de prévention et de promotion de la santé du MR telles que prévues à l'article 19bis alinéa 1er point 2) du Code de la sécurité sociale sont définies, le cas échéant, dans le cadre de conventions à conclure en application de l'article 17 paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et les ministres ayant la Santé et la Sécurité sociale dans leurs attributions.

Dans ce cadre, il peut être dérogé aux dispositions contractuelles et administratives prévues aux articles 1 et 2 du présent amendement.

Annexes techniques

Art 11. La présente annexe V comporte les annexes techniques suivantes :

Annexe technique 1 :	Liste affections de longue durée
Annexe technique 2 :	Déclaration médecin référent
Annexe technique 3 :	Résumé patient adulte et résumé patient pédiatrique
Annexe technique 4 :	Relevé biennal ALD
Annexe technique 5 :	Révocation déclaration médecin référent d'un commun accord
Annexe technique 6 :	Révocation déclaration médecin référent par le médecin référent
Annexe technique 7 :	Révocation déclaration médecin référent par la personne protégée
Annexe technique 8 :	Déclaration spécifique en relation avec la facturation du MR02 dans le cadre du dispositif médecin référent
Annexe technique 9 :	Attestation de mise à jour du résumé patient par la personne protégée

Liste affections de longue durée

Annexe technique 1 – Liste affections de longue durée

En application de l'article 19bis, alinéa 1^{er}, point 5) du Code de la sécurité sociale, seules les affections de longue durée suivantes peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR02:

1. Accident vasculaire cérébral invalidant
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4. Bilharziose compliquée
5. Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7. Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12. Hypertension artérielle sévère
13. Maladie coronaire
14. Insuffisance respiratoire chronique grave
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences
16. Maladie de Parkinson
17. Maladies métaboliques héréditaires
18. Mucoviscidose
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
20. Paraplégie
21. PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
22. Polyarthrite rhumatoïde
23. Affections psychiatriques de longue durée
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25. Sclérose en plaques
26. Scoliose structurale évolutive
27. Spondylarthrite ankylosante grave
28. Suites de transplantation d'organe
29. Tuberculose active
30. Tumeur maligne
31. Affections dites «hors liste»
32. Polypathologies

Sont applicables les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée tels que définis par la «Haute Autorité de Santé» et introduits dans le cadre du dispositif médecin référent, servant de base à l'évaluation et au diagnostic par le médecin référent.

Pour l'ALD 31, ne sont considérées que les maladies graves de forme évolutive ou invalidante comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Pour l'ALD 32, ne sont considérées que les affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Résumé patient adulte et résumé patient pédiatrique

Médecin référent
g. + fr. ming Geschützter

RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : _____ Date d'établissement : _____ (dd/mm/aaaa)
 Type de déclaration : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Version du résumé patient : Original Modification
 Dépositaire du résumé patient : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Autre : à préciser : _____

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent	Médecin Référent Remplaçant
Code médecin individuel : _____	Code médecin individuel : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél : _____	Tél : _____

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Nom matrimonial : _____
 Date de naissance : _____ Suffice du matricule : _____ F M
 Autre numéro identifiant : _____ Type autre identifiant : _____

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

IDENTIFICATION PERSONNE TIÈRE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre le code du type de contact dans la 2^{ème} colonne)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille - autre	FA				

Médecin référent
g. + fr. ming Geschützter

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADE / PROBLEME	* PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référencez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention : _____
 Rappel : Prochaine consultation prévention prévue : _____

CARNET VACCINAL

Médecin référent
g. + fr. ming Geschützter

VACCINATIONS	Vaccination de base		RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
	ETAT		
d T aP IPV - Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomylélite	à jour	pas à jour	
Ou :			
D - Diphtérie	à jour	pas à jour	
T - Tétanos	à jour	pas à jour	
aP - Coqueluche	à jour	pas à jour	
IPV - Poliomylélite	à jour	pas à jour	

Patients à partir de 60 ans

PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques	à jour	pas à jour	
--	--------	------------	--

Patients à partir de 65 ans

Flu - Grippe saisonnière	à jour	pas à jour	
--------------------------	--------	------------	--

Vaccinations pour personnes adultes à risque

Nom du vaccin :	à jour	pas à jour	
-----------------	--------	------------	--

Autres vaccinations

Nom du vaccin :	à jour	pas à jour	
Nom du vaccin :	à jour	pas à jour	
Nom du vaccin :	à jour	pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OU/NON		LIEU DU DEPOSIT	PERSONNE DE CONFIANCE
	OUI	NON		
Donneur d'organes	OUI	NON		
Disposition de fin de vie	OUI	NON	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	OUI	NON		
Autre	OUI	NON		

Signature auteur du document :

RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : _____ Date d'établissement : _____ (02/10/2022)
 Type de déclaration : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Version du résumé patient : Original Modification
 Dépositaire du résumé patient : Médecin référent Médecin référent remplaçant
 Autre : à préciser : _____

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent / Médecin Référent Remplaçant
 Code médecin individuel : _____ Code médecin individuel : _____
 Nom : _____ Nom : _____
 Prénom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Adresse : _____
 Tél : _____ Tél : _____

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Suffixe du matricule : _____ F M
 Autre numéro identifiant : _____ Type autre identifiant : _____

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

IDENTIFICATION PERSONNE TIÈRE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Et. FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	am(i)e	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille - autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES:

N° SÉQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTÔMES / GRAVITÉ
1			
2			
3			

PROBLÈMES INACTIFS

N° SÉQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMÉE	RN PRESUMÉE
1				
2				
3				

PROBLÈMES PRE- ET PERINATAUX

ACCOUCHEMENT PREMATURE: Oui Non TERME DE L'ACCOUCHEMENT: _____

N° SÉQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

PROBLÈMES ACTIFS

N° SÉQUENTIEL	MALADE / PROBLÈME	*PRES EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMÉE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Pres en charge par" vous référez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne soignée pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SÉQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMÉE	N° DU PROBLÈME ACTIF ASSOCIÉ
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MÉDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses...)

N° SÉQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

HANDICAP

Bénéficiaire d'allocations sociales majorées pour un handicap Oui Non
 Handicap reconnu : _____ %

PREVENTION

Date d'établissement de la dernière fiche de prévention : _____
 Rappel : Prochaine consultation prévention prévue : _____

COURSE DE CROISSANCE

TAILLE	POIDS	PERIMÈTRE CRANEN (Jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)	BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)
p	p	p	

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS	Mère	Père	MODE DE GARDE
Divorcés	Seule	Seul	Père
Séparés	Famille recomposée	Famille recomposée	Mère
Unis	Mère et père	Mère et père	Maison n°at/foyer
Veuf/veuve	Famille	Famille	Centre
Autre(s) élément(s) important(s):		Autre	

RÉSUMÉ CARNET VACCINAL

LES VACCINATIONS DE LA PETITE ENFANCE (0-2 ANS)

VACCIN	ETAT
Les vaccinations de la petite enfance sont	à jour pas à jour
ou	
D.T.P./V.Hé.Hep.B. Vaccin hexavalent	à jour pas à jour
D.T.P./V.Hé. - Vaccin pentavalent	à jour pas à jour
RV - Rotavirus	à jour pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle	à jour pas à jour
Menc. - Méningocoque C	à jour pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumocoque conjugué	à jour pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.	

LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (3-6 ANS)

VACCIN	ETAT
D.T.P./V. Diphtérie-Tétanos-Coquechuche-Polio myélite	à jour pas à jour
Le prochain vaccin est à partir de 12 ans.	

LA VACCINATION DES FILLES À PARTIR DE 12 ANS

VACCIN	ETAT
HPV - Injections à Papillomavirus (3 injections)	à jour pas à jour
2ème injection	à jour pas à jour
3ème injection	à jour pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.	

LES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENCE (À PARTIR DE 15 ANS)

VACCIN	ETAT
Les vaccinations de l'adolescence sont :	à jour pas à jour
ou	
D.T.P./V. Diphtérie-Tétanos-Coquechuche-Polio myélite	à jour pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour pas à jour
MencC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans	

VACCIN	ETAT	RAPPÉL RECOMMANDÉ (ÉCHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière	à jour pas à jour	
Autre vaccin :	à jour pas à jour	
Autre vaccin :	à jour pas à jour	
Autre vaccin :	à jour pas à jour	

AUTRES VACCINATIONS

VACCIN	ETAT	RAPPÉL RECOMMANDÉ (ÉCHEANCE)
Nom du vaccin :	à jour pas à jour	
Nom du vaccin :	à jour pas à jour	
Nom du vaccin :	à jour pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON	LIEU DU DÉPÔT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	Oui Non		
Disponibilité en fin de vie	Oui Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	Oui Non		
Autre	Oui Non		

Signature auteur du document

Relevé biennal ALD

Annexe technique 4 – Relevé biennal ALD

Description du relevé biennal ALD établi par le médecin référent et transmis par celui-ci via la plateforme Agence eSanté à la Caisse nationale de santé (CNS).

I. Format technique des données transmises par fichier

Le relevé reprend les règles de format écrites ci-après dans les échanges électroniques avec la CNS:

- **A:** Variable alphanumérique
Exemple:
 - Numéro ALD (5A/N): «ALD01»
- **N:** Variable numérique
Exemples:
 - Code individuel du prestataire (8N): «90123456»
 - Numéro de matricule (13N): «1912345678912»
 - Numéro DMR (9N): «201512345»
- **AAAAMMJJ:** Date
Exemple:
 - Date d'envoi prestataire (8AAAAMMJJ): «20160731»

II. Description du layout du fichier XML

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

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

Libellé des zones	Définition et Exemple
Entête du relevé biennal ALD	
Référence relevé biennal ALD	Référence attribuée par le prestataire
Cadre légal	Valeur: «MED»
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier: «001»
Type de fichier	Valeur: «ALD»
Organisme	Valeur: «18»
Prestataire fournisseur	Code du prestataire fournissant le relevé biennal ALD à la CNS
Période de référence	Année (2016) et mois (07)
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le relevé biennal ALD a été envoyé par le prestataire à la CNS
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Retour Organisme	
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre de déclarations exploitables	Nombre de déclarations exploitables
Nombre de déclarations non exploitables	Nombre de déclarations non exploitables
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Nombre d'ALD exploitables	Nombre d'ALD exploitables
Nombre d'ALD non exploitables	Nombre d'ALD non exploitables
Date d'entrée organisme	Date de réception par la CNS
Date envoi organisme	Date envoi retour par la CNS «RETALD»
Médecin référent	
Prestataire	Code individuel du médecin référent

Libellé des zones	Définition et Exemple
Déclaration(s) MR	
Déclaration individuelle	
Numéro DMR	Numéro DMR de la relation MR
Matricule	Matricule de la personne protégée
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau déclaration MR)	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)
ALD(s)	
ALD	
Numéro ALD	Numéro de l'affection de longue durée dont est atteinte la personne protégée (en relation avec la déclaration individuelle)
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau ALD(s))	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

Remarque:

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

Attestation de mise à jour du résumé patient par la personne protégée

Annexe technique 9 – Attestation de mise à jour du résumé patient par la personne protégée

ATTESTATION DE MISE À JOUR DU RÉSUMÉ PATIENT PAR LA PERSONNE PROTÉGÉE

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	└ L _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┘
Adresse de correspondance	
(Rue) _____ (N°) _____	
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée

(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) ()*

Nom _____ <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>	Numéro d'identification: ┌ T T T T T T T T T T T T T T ┐
Prénom(s) _____	└ L _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┘
Adresse de correspondance	
(Rue) _____ (N°) _____	
(Pays) _____ (CP) _____ (Localité) _____	

Identification du médecin référent

Nom _____	Code médecin: ┌ T T T T T T T T T ┐
Prénom _____	└ L _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┘

┌ T T T T T T T T T T ┐

Numéro de la déclaration D M R

└ L _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┘

Par sa signature, la personne protégée atteste la mise à jour ainsi que la remise de son résumé patient par son médecin référent.

Date ┌ T T T T T T T T T ┐ └ L _ _ _ _ _ _ _ _ _ ┘	Personne protégée (ou représentant légal) Signature
--	--

L'attestation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757-4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



(*)optionnel

Historique Annexe V

Date	Modification	Mémorial
01.01.2012	Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé.	<u>Mémorial A- 276 du 28 décembre 2011, pages 4924 - 4940</u>
21.02.2012	Amendement de l'annexe numéro V intitulée «Médecin référent tel que prévu à l'article 19bis du Code de la sécurité sociale» de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé.	<u>Mémorial A-029 du 17.02.2012, pages 355-356</u>
01.11.2015	Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé.	<u>Mémorial A- 201 du 21.10.2015, pages 4582-4601</u>

Cahier des charges relatif à la transmission et circulation des données et informations relatives aux formules standardisées entre les médecins et médecins-dentistes et les personnes protégées, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, concernant les médecins, respectivement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, concernant les médecins-dentistes

Pour visualiser le cahier des charges, veuillez consulter la [version pdf du Journal officiel](#).

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.