

Centre thermal et de santé de Mondorf

Convention entre la Caisse nationale de santé et le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Texte applicable à partir du 01.01.2018

Historique

	Mémorial	Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A n° 91 du 29.01.2018	<ul style="list-style-type: none">Nouvelle convention	01.01.2018

Prestataire

Art. 1. La présente convention s'applique au Centre thermal et de santé créé en vertu de la [loi modifiée du 18 décembre 1987](#) organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains dans le cadre des prestations y délivrées et dans la mesure où ces prestations sont exercées pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents professionnels dans le cadre de la nomenclature des actes et services prévue à l'article 65 du [Code de la sécurité sociale](#).

Personnes protégées

Art. 2. La convention s'applique pareillement aux personnes protégées en vertu du livre premier du [Code de la sécurité sociale](#) par une des caisses 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'accident du travail ou de maladie professionnelle en vertu du livre deux du [Code de la sécurité sociale](#).

Dans le cadre de la présente convention les termes « assurance maladie » comprennent également l'assurance contre les accidents.

Identification des personnes protégées

Art. 3. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du Centre par la présentation :

- d'une carte d'assuré personnelle ;
- d'une ordonnance médicale originale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre la CNS et le corps médical.

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-

Duché de Luxembourg par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro d'identification unique de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

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

Carte d'assuré

Art. 4. 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(s), prénom(s) ainsi que le numéro d'identification unique du titulaire.

Dispositions concernant les prestations délivrées

Art. 5.

Le Centre s'engage à ce que les prestations mises en compte à l'assurance maladie soient délivrées conformément aux dispositions de la nomenclature et de la présente convention :

- 1) Les prestations prévues à la section 6 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre sont obligatoirement délivrées par une équipe interdisciplinaire composée d'au moins :
 - un médecin disposant d'une formation en nutrition et éducation thérapeutique du patient ;
 - un diététicien disposant d'une formation en éducation thérapeutique du patient ;
 - un psychologue compétent dans le traitement comportemental et cognitif disposant d'une formation en éducation thérapeutique du patient et
 - un masseur-kinésithérapeute formé dans la prise en charge de patients obèses disposant d'une formation en éducation thérapeutique du patient.
- 2) Les bilans individuels portant sur les aspects nutritionnels, psychologiques et d'aptitude physique faisant partie des prestations T190 et T192 prévus à la section 6 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre font partie intégrante du forfait de la cure et peuvent être réalisés jusqu'à quatre mois avant le début de la cure stationnaire ou ambulatoire.
- 3) La durée minimale par séance est de 90 minutes pour la position T200 et de 60 minutes pour les positions T203 et T206. Il en est de même pour les séances d'entretien des cures respectives.
- 4) Il n'est pas dispensé de prestations au Centre les dimanches et jours fériés légaux. Les prestations qui auraient dû être dispensées les jours fériés légaux seront considérées comme prestées et ne sont pas reportées à une autre date.
- 5) Les prestations doivent être délivrées conformément aux standards requis pour la pratique professionnelle. Les conditions dans lesquelles les prestations sont délivrées doivent permettre la réalisation des objectifs fixés par la prise en charge et garantir la

sécurité du patient et du professionnel. Les locaux doivent être équipés du matériel professionnel répondant aux normes européennes de sécurité et révisées selon les préconisations des constructeurs pour les séances de pratique et de guidance de l'activité physique. Les prestations doivent être réalisées dans des lieux appropriés avec les outils et moyens nécessaires en lien avec les objectifs poursuivis et le nombre de participants.

- 6) Pour la mise en place de la cure ambulatoire pour obésité pathologique les appareils et outils suivants sont entre autres nécessaires :
 - des appareils de mesure communs à tout cabinet médical pour un examen clinique de base (technique adapté au périmètre du bras, pèse-personnes, toise, stéthoscope, mètre ruban, une table d'examen supportant des personnes en surcharge pondérale) ;
 - des questionnaires ou des outils de mesure pour les domaines diététique et psychologique.
- 7) Pour le domaine de l'activité physique : la prise en charge nécessite une salle de sport et du matériel d'entraînement cardio-vasculaire et musculaire adapté aux spécificités des patients.
- 8) Pour chaque personne protégée admise au traitement au Centre, le Centre dispose d'un dossier patient structuré permettant de documenter la prise en charge par l'ensemble des professionnels et le suivi des différentes cures de la personne protégée. Outre les renseignements socio-administratifs de la personne protégée, le dossier comporte notamment les diagnostics médicaux de la personne protégée, la prescription médicale avec les coordonnées du médecin prescripteur.

Pour les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre ainsi que pour les cures d'obésité (stationnaires et ambulatoires), le dossier comporte par ailleurs :

- les résultats obtenus par le traitement par rapport à l'objectif initial ;
- les conseils éventuellement donnés à la personne protégée ;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention, etc.).
- le compte rendu de fin de traitement comportant :
 - les objectifs définis avec la personne protégée ;
 - le protocole thérapeutique ;
 - le résultat ;
 - la conclusion.

Respect de la nomenclature

Art. 6. Le Centre est tenu de respecter la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre. Sauf exception expressément admise par la nomenclature du Centre ou par la présente convention, il est interdit au Centre de mettre en compte des prestations figurant dans les nomenclatures des actes et services d'autres professions de santé.

Le Centre veille à ce que les salariés et autres prestataires exerçant au Centre soient instruits des dispositions de la nomenclature des actes et services du Centre et de la présente convention et de leur obligation de les respecter.

Le Centre s'engage à ce que la durée minimale des séances prévues à la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre soit respectée.

Prestations opposables à l'assurance maladie

Art. 7. Avant la délivrance des prestations à charge de l'assurance maladie le Centre vérifie si la personne protégée remplit les conditions administratives prévues pour la prise en charge de la prestation sollicitée.

Le Centre s'engage à inscrire dans les conventions signées avec les médecins exerçant au Centre ou agréés à exercer pour le Centre (ci-après « médecins exerçant au Centre ») l'obligation de vérifier si les conditions médicales de prise en charge par l'assurance maladie sont remplies et de mettre cette information à disposition du Centre.

Le Centre s'engage à ne mettre en compte à l'assurance maladie que des prestations pour lesquelles les conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont remplies.

En cas de prescription incomplète ou non conforme aux dispositions conventionnelles et statutaires ou d'une prestation pour une personne qui ne remplit pas les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, le Centre informe la personne protégée de l'inopposabilité à l'assurance maladie de cette prestation.

En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au Centre.

Le Centre s'engage à ne pas mettre en compte à la CNS des prestations faisant partie du traitement des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévu à la section 8 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre pendant que la personne protégée subit une cure thermique ou thérapeutique prévue aux sections 1 à 5 et 7 du chapitre 1^{er} de la même nomenclature.

Procédure d'autorisation des prestations

Art. 8. La procédure d'autorisation des prestations prévues dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre se déroule comme suit :

Pour ce qui est des cures thermales et thérapeutiques prévues aux sections 1 à 7 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre, la CNS réceptionne l'ordonnance sous forme d'une demande de prise en charge de la cure établie par un médecin exerçant au Centre sur base d'une recommandation établie par le médecin traitant de la personne protégée.

Pour ce qui est des traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1^{er} et des prestations prévues au chapitre 2 de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre, la CNS réceptionne l'ordonnance médicale établie par le médecin traitant.

La CNS vérifie les données figurant sur la demande de prise en charge respectivement sur l'ordonnance et, en cas de validation la CNS émet une autorisation sous forme de titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

Le titre de prise en charge comporte notamment les informations suivantes :

- la date de son établissement par la CNS ;
- les prestations d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre ;
- le cas échéant le nombre de séances dont la prise en charge par l'assurance maladie est autorisée ;
- le délai de validité du titre de prise en charge ;
- le taux de prise en charge.

L'original du titre de prise en charge accompagné d'une information est transmis au Centre. Une copie est adressée à la personne protégée si la demande de prise en charge respectivement l'ordonnance a été introduite par cette dernière.

Lorsqu'après vérification des données lui transmises, la CNS n'est pas en mesure de procéder à l'émission d'un titre de prise en charge conformément à l'alinéa 4 du présent article, elle transmet une information y relative accompagnée de l'original de la demande de prise en charge respectivement de l'ordonnance à la personne protégée. Une copie est transmise au Centre et au médecin prescripteur. Cette information comporte les motifs de la non-validation.

La CNS se réserve le droit de procéder à des contrôles a posteriori relatif à la prise en charge de la prestation.

La CNS peut demander au Centre et aux médecins exerçant au Centre de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale (ci-après « CMSS ») les dossiers médicaux des personnes protégées dont les prestations ont été admises à la prise en charge par l'assurance maladie, sur demande du Centre pour vérification des conditions de prise en charge. Lorsque le CMSS constate que les conditions de prise en charge n'étaient pas remplies à la date de la transmission de la demande du Centre à la CNS, la CNS émet une décision présidentielle de refus de prise en charge et porte les prestations afférentes en déduction des montants payés au Centre.

Invalidation des demandes de prise en charge respectivement des ordonnances

Art. 9. Après la délivrance des prestations le Centre invalide la demande de prise en charge respectivement l'ordonnance par l'apposition de la mention « PRESTATIONS DÉLIVRÉES » ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites, le Centre indique sur la demande de prise en charge respectivement sur l'ordonnance originale le nombre de prestations accomplies et la date d'apposition.

Information à la personne protégée

Art. 10. Avant le début de la cure ou du traitement le Centre informe la personne protégée sur le coût des prestations, le taux de prise en charge par l'assurance maladie, la part qui est à sa charge personnelle et les modalités de prise en charge. La CNS met à la disposition du Centre une liste actuelle des établissements situés sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains et s'engage à informer le Centre en cas de changements y apportés.

Le Centre informe également la personne protégée des modalités d'annulation de la cure thermale et thérapeutique et du droit pour le Centre de demander en vertu de l'article 28 de la présente convention une indemnité en cas d'annulation de la cure par la personne protégée sans motif valable dans un délai de moins de quatre (4) semaines avant le début programmé de la cure.

En cas de litige la preuve que les informations ci-dessus ont été fournies incombe au Centre.

Formalités administratives

Art. 11. Une fois par semaine, le Centre transmet par voie électronique un relevé des entrées et des sorties des curistes à la CNS. Le modèle de ce relevé est prévu au cahier des charges visé à l'article 13 de la présente convention.

Les interruptions des cures sont signalées par le Centre à la CNS sur une base hebdomadaire. Le cas échéant les certificats portant motivation des interruptions sont joints aux relevés.

Transmission et circulation des données

Art. 12. Les parties conviennent d'organiser la gestion, la transmission et la conservation des documents prévus dans le cadre de la présente convention prioritairement de façon numérique et électronique. La transmission sur support papier de documents entre les parties signataires de la présente convention est limitée aux documents pour lesquels la présente convention prévoit expressément la transmission sur support papier et aux situations découlant d'incidents techniques.

Cette démarche vise la dématérialisation au sens de numérisation des documents et pièces justificatives analogiques, le transfert électronique des documents numériques et numérisés et la conservation des documents numériques et numérisés, à savoir la création et la préservation des archives de documents numérisés dans le temps. Les parties garantissent la mise en place de procédures de rematérialisation des documents numériques.

Le Centre a le libre choix de l'équipement grâce auquel il procède à la numérisation et à la transmission électronique des documents. Il s'engage à suivre la procédure d'accès au transfert par voie électronique de données structurées et normalisées entre son système informatique et le système informatique de la CNS, telle que décrite dans le cahier des charges.

Les parties garantissent que la numérisation des documents, la transmission électronique de documents numériques et numérisés et la conservation de documents sont effectuées de façon sécurisée et dans le respect des législations et réglementations applicables en matière de protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel et en matière de transmission ou d'archivage électronique. 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 la loi et d'entrer en négociation, le cas échéant, pour adapter la présente convention aux requis légaux ou réglementaires.

Les parties garantissent les démarches de validation de leurs processus dans le domaine de la dématérialisation des échanges et d'archivage électronique.

Les parties garantissent les résultats de l'exécution des processus de dématérialisation ou de conservation dans le cadre de la présente convention.

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 numérisés transmis et archivés dans le cadre de la présente convention n'ont subi aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent et dont ils sont présumés être une copie fidèle.

Jusqu'à preuve du contraire pouvant être rapportée par tous les moyens, les parties conviennent de reconnaître aux documents numérisés conformément aux conditions et modalités de la présente convention la même valeur juridique et force probante qu'aux documents originaux dont ils émanent.

Les documents numériques résultant de la numérisation des documents analogiques et les archives numériques sont conformes aux exigences légales et réglementaires. La dématérialisation des documents et des processus ne porte pas préjudice au respect des dispositions légales en matière de conservation et d'archivage du dossier du patient. Les parties garantissent l'intégrité en tout moment du dossier du patient, la possibilité de conversion de documents archivés qui ne seraient plus conformes et la pérennité du support numérique.

Les parties mettent en place des procédures de traitement des incidents et conviennent de se signaler tout incident technique dans ce domaine susceptible d'impacter la télétransmission des documents.

Modalités techniques

Art. 13. Dans ses relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, le Centre fait exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits dans le cahier des charges. Il s'engage à conformer ses processus et ses flux aux modalités prévues au niveau de la présente convention et du cahier des charges.

Le cahier des charges est annexé à la présente convention et en fait partie intégrante.

Le cahier des charges contient les modèles des documents sur support papier utilisés dans le cadre de la présente convention, de même que, le cas échéant, les modalités de la dématérialisation de ces documents, de la numérisation, de la télétransmission et de la rematérialisation.

Le cahier des charges prévoit les modalités d'accès à la transmission électronique.

Le cahier des charges contient les spécifications techniques, les formats des fichiers ainsi qu'un glossaire des termes techniques à utiliser dans le cadre de la présente convention.

Le cahier des charges décrit aussi la documentation et l'échange des métadonnées, à savoir des données décrivant le contexte, le contenu et la structure des documents et de leur gestion dans le temps.

Obligations du Centre

Art. 14. Les parties contractantes reconnaissent la nécessité d'assurer une médication économique dans le domaine de l'assurance maladie et s'engagent chacune à collaborer activement à la réalisation de cet objectif.

Le Centre s'engage au respect de l'article 23 alinéa 1^{er} du [Code de la sécurité sociale](#).

Les prestataires du Centre n'exécutent à charge de l'assurance maladie que les prestations prescrites par le médecin traitant ou par les médecins exerçant au Centre et prévues par la nomenclature afférente autorisées au préalable par la CNS, ce dans la mesure où cette autorisation est prescrite par les statuts de la CNS.

Tarifs des prestations

Art. 15. Les tarifs des cures thermales et thérapeutiques, des cures ambulatoires pour le traitement des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires et des prestations prévues au chapitre 2 de la nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie, prestés dans le Centre sont ceux prévus au niveau du protocole d'accord visé à l'article 23 de la présente convention.

En cas d'interruption d'une cure thermique ou thérapeutique pour des raisons d'ordre médical ou à cause d'un cas de force majeure ou de circonstances admises par le médecin surveillant la cure, il sera mis en compte par journée de cure effectivement accomplie le forfait journalier en cas d'interruption de cure prévu par la nomenclature. Une reprise de la cure est possible lorsque l'interruption conformément à la phrase précédente n'aura pas dépassé deux jours.

Factures

Art. 16. À la fin du traitement et indépendamment du mode de paiement le Centre remet à la personne protégée une facture comprenant les prestations délivrées.

Les factures établies sur les formules standardisées prévues au cahier des charges prévu à l'article 13 doivent reproduire toutes les indications correspondant aux prestations délivrées et mises en compte sur la facture.

Sans préjudice des dispositions obligatoires de la facture telles qu'elles résultent de la présente convention et du cahier des charges, la facture doit préciser notamment :

- le numéro d'identification de la personne protégée ;
- la date ou le numéro d'accident ;
- les prestations d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre ;
- par prestation, le lieu où elle a été délivrée selon les modalités déterminées dans le cahier des charges ;
- les dates des prestations ;
- le compte bancaire ou postal ;
- le code prestataire du médecin traitant et/ou du médecin exerçant au Centre ;
- la date d'établissement de la demande de prise en charge respectivement de l'ordonnance médicale ;
- la date d'établissement du titre de prise en charge ;
- le montant brut de la prestation ;
- le montant net de la prestation ;
- l'acompte ;

- le taux de prise en charge.

Lorsque le Centre réalise des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie il n'établit pas de facture conformément à la présente convention.

En cas de paiement immédiat par la personne protégée le Centre en donne acquit daté sur la facture par la signature d'un délégué autorisé et l'apposition du cachet du Centre.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. En principe les encaissements des honoraires préalablement à la dispensation des prestations est interdite. Par dérogation à la phrase précédente un acompte ne pouvant dépasser le montant de la participation personnelle de la personne protégée aux frais de cure peut être demandé par le Centre le jour du début de la cure. En cas d'interruption de la cure conformément à l'article 15 alinéa 2 de la présente convention, le montant trop perçu est restitué à la personne protégée.

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

Les factures établies et acquittées même par délégation engagent la responsabilité personnelle du Centre quant à la conformité des inscriptions.

Mode de paiement des factures

Art. 17. Les parties signataires de la présente convention s'engagent à appliquer le système du tiers payant pour le paiement des factures relatives aux prestations prévues dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre. Toutefois la personne protégée a le droit de renoncer au système du tiers payant.

Lorsqu'une demande de prise en charge respectivement une ordonnance prévoit des prestations qui ne sont pas intégralement prises en charge et que la personne protégée demande l'application du tiers payant, la part personnelle est payée directement au Centre par la personne protégée à laquelle les prestations ont été délivrées.

Après délivrance des prestations et quel que soit le mode de paiement, le Centre remet à la personne protégée le titre de prise en charge et une facture établie sur la formule standardisée prévue dans le cahier des charges visé à l'article 13. La facture doit reproduire toutes les données nécessaires pour pouvoir bénéficier du droit à la prise en charge auprès de la caisse compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale.

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

Art. 18. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le Centre transmet à la fin de chaque mois à la CNS les factures sous forme d'un fichier électronique de facturation qui correspond à un relevé de factures.

Parallèlement le Centre remet à la personne protégée la facture telle que prévue à l'article 16 et l'original du titre de prise en charge.

Le Centre ne peut introduire qu'un fichier électronique de facturation par mois de calendrier. Les modalités d'établissement du fichier électronique de facturation et de sa transmission à la CNS sont prévues dans le cahier des charges.

Le Centre s'interdit de renoncer à l'encaissement de la participation personnelle due par la personne protégée en vertu des dispositions statutaires. Il lui est également interdit de compenser le paiement de la participation personnelle avec des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

La CNS se réserve le droit de demander au Centre la preuve de paiement par la personne protégée de la participation personnelle ou une attestation signée par elle et par le Centre de la délivrance et du paiement des prestations délivrées à charge de l'assurance maladie.

La CNS accuse réception du fichier électronique de facturation conformément aux conditions et modalités prévues au cahier des charges. La date de réception du fichier électronique de facturation renseignée conformément aux dispositions du cahier des charges constitue le point de départ pour le calcul des délais de paiement prévus par le présent article. Cette date fait foi pour la détermination des délais prévus dans le cadre de la procédure du tiers payant.

Au plus tard le trentième (30^e) jour à partir de la date prévue à l'alinéa précédent la CNS procède au paiement des prestations non contestées. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal du Centre.

Dans le cadre du paiement, la CNS transmet au Centre un justificatif de paiement renseignant le montant qui sera pris en charge par l'assurance maladie. L'annexe IV du cahier des charges décrit le contenu et la forme obligatoires du justificatif de paiement.

La numérisation des documents servant de pièces à l'appui du paiement, la transmission de ces documents, le paiement et la contestation des prestations se font conformément aux dispositions de la présente convention et selon les modalités techniques décrites dans le cahier des charges.

Contestation des prestations mises en compte

Art. 19. Les prestations contestées par la CNS sont retournées au Centre avec indication du motif de refus, ce au plus tard le trentième (30^e) jour à partir de la date de réception du fichier électronique de facturation.

Les motifs de refus sont renseignés sous forme de codes sur le relevé des redressements conformément aux dispositions figurant dans le cahier des charges. Le cas échéant le relevé des redressements est joint au justificatif de paiement.

Le paiement des montants des prestations contestées est provisoirement suspendu.

Les prestations contestées doivent être reproduites au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du [Code de la sécurité sociale](#) et selon les conditions et les modalités prévues pour la facturation initiale.

En cas de maintien d'une contestation empêchant la prise en charge de la ou des prestations, la CNS constate un litige au sens de l'article 47 alinéa 4 du [Code de la sécurité sociale](#) et procède à l'émission d'une décision du président ou de son délégué.

Le Centre s'abstient de présenter aux personnes protégées des factures tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les factures dont il s'agit ne sont pas définitivement écartées de la prise en charge par l'assurance maladie au terme d'une décision coulée en force de chose décidée ou jugée.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 20. Le paiement effectué conformément à l'article 18 est libératoire au sens des dispositions prévues si la CNS établit que ses comptes ont été débités au profit du Centre au plus tard le dernier jour du délai de paiement visé à l'article 18 de la présente convention.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le Centre a droit aux intérêts 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 pour les transactions entre un professionnel et un consommateur.

Les intérêts sont calculés sur le montant des prestations non contestées du fichier électronique de facturation visé à l'article 18 et prennent cours le premier jour qui suit la date à laquelle le Centre aurait dû pouvoir disposer des fonds, si la CNS avait payé conformément aux dispositions visées à l'alinéa 1^{er} du présent article.

Échange d'informations

Art. 21. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

Exceptions au système du tiers payant

Art. 22. 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'une demande de prise en charge respectivement une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le Centre.

Révision des tarifs

Art. 23. Les tarifs prévus à la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre pris en charge par l'assurance maladie sont adaptés tous les deux ans d'un commun accord par les parties sur demande de négociation à introduire avant le premier septembre d'une année impaire par le Centre ou la CNS.

Les adaptations tarifaires font partie intégrante de la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord accompagné d'un tableau portant le tarif négocié de chaque prestation. Le protocole d'accord et le tableau des tarifs sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties signataires et publiés au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg à l'initiative de la CNS.

En principe, l'accord quant à l'adaptation des tarifs prend effet au premier janvier de l'année paire subséquente à la demande de négociation et porte sur une période de deux années.

Si l'accord entre parties sur l'adaptation tarifaire intervient après la date d'échéance des anciens tarifs ou si la question de l'adaptation tarifaire est portée devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, les nouveaux tarifs entrent en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit l'accord entre parties ou la sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Dans les cas visés à l'alinéa précédent, les tarifs sont adaptés de telle façon que la modification de revenu en chiffre absolu pour les mois restants jusqu'à la prochaine échéance tarifaire soit égale à la modification de revenu qui aurait résulté de l'application de l'accord entre parties ou de la sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale sur l'intégralité de la période tarifaire concernée. Dans les limites prévues par les lois et règlements les parties peuvent convenir elles-mêmes lors des négociations des modalités de rattrapage.

Comptabilité

Art. 24. Le Centre est obligé de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique en application de l'article 64, alinéa 3 du [Code de la sécurité sociale](#). Le plan comptable et les modalités d'établissement de cette comptabilité sont définis dans le cahier des charges.

Règles comptables

Art. 25. L'exercice budgétaire commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année civile.

Le Centre s'engage à appliquer les règles de comptabilité générale et analytique fixées par la CNS et reprises dans le cahier des charges.

Présentation de la demande de révision des tarifs

Art. 26. La demande de révision des tarifs prévue à l'article 23 doit être accompagnée d'une cascade budgétaire avec les chiffres réels de l'année n-1 et les budgets demandés pour les années n+1 et n+2.

Le Centre fournit en même temps :

- des commentaires sur les axes stratégiques du budget ;
- des commentaires sur l'évolution de l'activité des différentes entités fonctionnelles ;
- des explications des demandes supplémentaires ;
- tableau du détail des carrières et frais du personnel ;
- le relevé des indemnités prévues en vertu de l'article 28 de la présente convention pour l'exercice n-1.

La CNS se réserve le droit de demander des précisions ou des explications supplémentaires par rapport au schéma de présentation et aux tableaux d'informations.

Informations à fournir annuellement à la CNS

Art. 27. Le Centre fournit annuellement au plus tard pour le 30 juin :

- le bilan avec annexes de l'exercice n-1 ;
- le rapport du réviseur d'entreprises pour l'exercice n-1.

Indemnité pour perte en cas d'annulation de la cure

Art. 28. Le Centre est en droit de mettre en compte à la personne protégée une indemnité ne pouvant dépasser le montant de quatre-vingt (80) euros en cas d'annulation de la cure du fait de la personne protégée sans excuse valable dans un délai de moins de quatre (4) semaines avant le début programmé de la cure.

Secret professionnel et protection des données

Art. 29. Le secret professionnel s'impose au personnel du Centre.

Le responsable du Centre veille à ce que les salariés du Centre soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment. Il veillera pareillement à conformer ses pratiques de travail aux impératifs de la législation sur la protection des données à caractère personnel. Le Centre s'engage à une utilisation strictement personnelle des accès aux données de la CNS ou du Centre commun de la sécurité sociale (ci-après « CCSS ») et de ne pas délivrer les mots de passe et code d'accès à une tierce personne. 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 la CNS. Toute rupture définitive de la relation de travail du Centre avec une personne ayant disposé de droits d'accès aux données de la CNS ou du CCSS doit être transmise de suite à la CNS et au CCSS pour que les droits d'accès soient clôturés.

Les membres du personnel des institutions d'assurance maladie sont soumis au secret professionnel tel que celui-ci est réglé par le statut du personnel qui leur est applicable et par l'article 411 du [Code de la sécurité sociale](#). Les caisses veilleront à ce que les membres du personnel soient conscients du secret professionnel auquel ils sont liés et du caractère confidentiel des informations et des données dont ils auront, le cas échéant, à traiter. Les caisses veilleront à conformer leurs procédures et leurs pratiques de travail aux impératifs imposés par la protection des données à caractère personnel. Si les membres du personnel des caisses prennent connaissance de données à caractère sensible, ils sont soumis au secret professionnel.

Mise en vigueur de la convention

Art. 30. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Elle annule et remplace la convention conclue en date du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie et le Centre thermal et de santé de Mondorf telle qu'elle a été amendée.

Disposition transitoire

Art. 31. Tant que toutes les prestations sont présumées être exclusivement délivrées au siège du Centre à Mondorf-les-Bains, la précision du lieu d'exécution de la prestation tel que prévu à l'article 16, alinéa 3, tiret 4 ne s'impose pas.

(*)Note : erreur de numérotation

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.