JOURNAL OFFICIEL

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

MÉMORIAL A

N° 526 du 28 octobre 2026

Règlement grand-ducal du 23 octobre 2026 fixant les dispositions obligatoires prévues à l'article 64, alinéas 1er et 2, du Code de la sécurité sociale, régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins-dentistes exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg.

Nous Guillaume, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 70, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale ;

Vu le procès-verbal de non-conciliation ;

Vu l'avis de la Chambre des salariés ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Les avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, de la Chambre d'agriculture, de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers ayant été demandés ;

Le Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Chapitre 1er - Champ d'application

Art. 1er.

Le présent règlement a pour objet de fixer en matière d'assurance maladie-maternité les dispositions obligatoires prévues à l'article 64, alinéas 1er et 2, du Code de la sécurité sociale, régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins-dentistes exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg.

Ces dispositions s'appliquent sous conditions :

1° que le médecin-dentiste dispose d'une autorisation d'exercer la profession de médecin-dentiste au Grand-Duché de Luxembourg accordée par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;

2° que les prestations de soins de santé soient dispensées par le médecin-dentiste au Grand-Duché de Luxembourg pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale ;

3° que les prestations de soins de santé soient susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie-maternité en vertu du Code de la sécurité sociale ou en vertu des instruments bilatéraux ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

Chapitre 2 - Procédure d'enregistrement du médecin-dentiste auprès de la Caisse nationale de santé et échange d'informations

Art. 2.

(1) Afin d'établir ses relations avec la Caisse nationale de santé, le médecin-dentiste, avant de pouvoir dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité, transmet à la Caisse nationale de santé, le formulaire intitulé « Fiche de renseignements sur l'établissement comme médecin au Grand-Duché de Luxembourg » dûment complété et signé et les pièces suivantes :

1° une copie de l'arrêté portant autorisation d'exercer la profession de médecin-dentiste au Grand-Duché de Luxembourg, établie par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;

2° une copie d'une pièce d'identité officielle ;

3° le relevé d'identité bancaire du compte bancaire professionnel à créditer.

Au moment de l'accomplissement des modalités visées à l'alinéa 1er, le médecin-dentiste est enregistré comme prestataire de l'assurance maladie-maternité et se fait attribuer par la Caisse nationale de santé un code d'identification dénommé « code prestataire » à utiliser dans le cadre des rapports avec la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale.

Tout changement des informations renseignées est notifié par le médecin-dentiste à la Caisse nationale de santé endéans un délai de quinze jours suivant la date du changement.

(2) L'installation d'un médecin-dentiste dans une association de médecins-dentistes n'est opposable à l'assurance maladie-maternité qu'après notification à la Caisse nationale de santé du formulaire intitulé « Pratique de la médecine en association libérale / changement de la composition », dûment complété et signé, avec un relevé d'identité du compte bancaire professionnel à créditer dans le cas où l'association est l'émettrice d'un mémoire d'honoraires.

Au moment de l'accomplissement de ces modalités, un code d'identification dénommé « code prestataire de l'association » est attribué par la Caisse nationale de santé à l'association.

Tout changement des informations renseignées est notifié à la Caisse nationale de santé endéans un délai de quinze jours suivant la date du changement.

(3) Le code prestataire figure sur tous les documents échangés entre le médecin-dentiste, l'assuré, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale et le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Chapitre 3 - Modalités de l'exécution des prestations du médecin-dentiste pour le compte de l'assurance maladie-maternité

Art. 3.

La délivrance des actes et services du médecin-dentiste se fait sur base des critères prévus aux articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er, du Code de la sécurité sociale et conformément aux conditions et modalités prévues à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes et aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Toutes les communications entre le médecin-dentiste et la Caisse nationale de santé se font par voie numérique conformément aux dispositions du chapitre 4 et à l'aide de formules standardisées conformément aux dispositions du chapitre 5 et selon les modalités prévues à l'annexe.

Dans ses relations avec la Caisse nationale de santé ou avec une caisse de maladie visée par l'article 48 du Code de la sécurité sociale, le médecin-dentiste précise si ses prestations de soins de santé sont exécutées au sein d'un cabinet médical, en indiquant l'adresse s'il exerce au sein de plusieurs cabinets médicaux, au domicile ou au lieu de séjour de l'assuré ou dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1er de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Art. 4.

Pour les patients ne disposant pas de matricule, ce dernier est à remplacer par la date de naissance du patient. Dans ce cas, le médecin-dentiste remet une version papier de la formule standardisée au patient afin que ce dernier puisse faire valoir ses droits de prise en charge.

Chapitre 4 - Transmission et circulation des données et informations

Art. 5.

Dans le cadre des relations entre la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale et les médecins-dentistes, la transmission et la circulation des données et informations se font sous forme standardisée, sécurisée et conformément aux dispositions de la législation sur la protection des données à caractère personnel.

La transmission et la circulation des données et informations se font sous forme de procédure numérique et à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé visée à l'article 60*ter*, paragraphe 1er, alinéa 1er, point 1), du Code de la sécurité sociale.

Les parties garantissent la mise en place de procédures validées de dématérialisation et de conservation des documents numériques. En cas de version papier, 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 documents numérisés transmis et archivés dans le cadre du présent règlement ne subissent aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent.

Le médecin-dentiste garantit la mise en place de procédures de rematérialisation des formules standardisées en cas de transmission ou circulation exclusivement sous forme numérique ou numérisée. Sur demande de la personne protégée, le médecin-dentiste émet une version papier de cette formule standardisée à titre gratuit.

Art. 6.

Tout médecin-dentiste qui transmet ou fait circuler des données et informations sous forme de procédure numérique utilise un programme informatique pour lequel il dispose d'une attestation de conformité délivrée par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, ci-après « Agence », visée à l'article 60*ter*, paragraphe 1er, du Code de la sécurité sociale, indiquant que ce système respecte les exigences techniques, fonctionnelles, organisationnelles et de sécurité requises.

À défaut d'accès ou de disponibilité d'un tel programme informatique, le médecin-dentiste a recours aux solutions techniques alternatives non automatisées, via les liaisons informatiques, mises à disposition par la Caisse nationale de santé permettant l'émission et la transmission des formules standardisées conformes au présent règlement. Dans ce cas, le médecin-dentiste saisit manuellement les éléments constitutifs de la formule standardisée dans les champs y réservés.

Pour toute transmission et circulation de données ou informations sous forme de procédure numérique, le médecin-dentiste s'authentifie en tant que médecin-dentiste sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé de l'Agence.

Toute transmission et circulation de données ou informations sous forme d'une formule standardisée numérique ou numérisée respecte les standards techniques fixés par le document de référence y relatif et est conforme au format XSD figurant aux articles 32 à 71 de l'annexe, qui décrit la structure et le type du contenu du fichier XML à produire.

En l'absence du document de référence produisant ses effets et définissant la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est remplacée par la transmission d'une version de cette formule standardisée à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé en format PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1 et avec un taux de compression des images dans le PDF de 50 pour cent à 60 pour cent. En l'absence du document de référence définissant la transmission d'une version de cette formule standardisée en format PDF à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la transmission d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est remplacée par l'émission par le médecin-dentiste de cette formule standardisée en format papier.

Art. 7.

Par dérogation à l'article 5, alinéa 2 et par année civile, le médecin-dentiste est autorisé à émettre jusqu'à deux cents formules standardisées, opposables à l'assurance maladie-maternité, en version papier et sans transmission sous forme de procédure numérique à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Par dérogation à l'article 5, alinéa 2, le médecin-dentiste est autorisé à émettre des formules standardisées, opposables à l'assurance maladie-maternité, en version papier et sans transmission sous forme de procédure numérique à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, en cas d'indisponibilité de la plateforme ou de force majeure technique indépendante de la volonté du médecin.

Art. 8.

(1) La transmission et circulation des données et informations d'une formule standardisée numérique à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est munie d'une signature électronique.

La signature électronique est apposée en utilisant un dispositif sous le contrôle exclusif du signataire. Toute signature électronique est accompagnée d'un horodatage qualifié réalisé par un prestataire de services de confiance qualifié et,

1° lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format PDF isolé, être conforme aux exigences du standard PAdES défini dans les normes ILNAS-EN 319 142-1 V1.2.1 et ILNAS-EN 319 142-2 V1.2.1, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B-LT ;

2° 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 les normes ILNAS-EN 319 142-1 V1.2.1 et ILNAS-EN 319 142-2 V1.2.1, parties 1 et 2, et respecter au minimum le niveau de signature défini dans le profil PAdES-B ;

3° lorsqu'elle est apposée sur une formule standardisée en format XML, être conforme aux exigences du standard XAdES défini dans les normes ILNAS-EN 319 132-1 V1.3.1 et ILNAS-EN 319 132-2 V1.1.1, 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 est effectué lors de l'entrée des données et informations au système informatique de la Caisse nationale de santé.

(2) Toute formule standardisée émise en version papier est munie de la signature manuscrite et du cachet du médecin-dentiste, à l'exception de la formule standardisée réservée aux mémoires d'honoraires non acquittés.

(3) Dans le cas où une altération d'une formule standardisée signée et transmise sous forme numérique s'avère nécessaire, le médecin-dentiste annule et remplace la formule standardisée transmise.

Dans le cas où une altération d'une formule standardisée signée et non transmise sous forme numérique s'avère nécessaire, le médecin-dentiste altère la formule standardisée transmise en apposant une deuxième signature manuscrite et son cachet à proximité de son altération.

Chapitre 5 - Établissement des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions des médecins-dentistes

Art. 9.

Les formules standardisées comportent des zones, dont la taille et l'emplacement sont définis à l'annexe. Ces zones sont destinées à recevoir des données et informations nécessaires pour une prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Seules les données et informations prévues pour chaque zone peuvent y être inscrites. La description des données et informations admissibles dans chacune des zones figure à l'annexe.

Chaque formule standardisée répond aux caractéristiques de format suivantes :

1° la marge minimale vers le haut, le bas, à gauche et à droite est de 1 centimètre ;

2° le fond de la formule standardisée est blanc ;

3° les caractères des données et informations sont détachés ;

4° la fonte est Arial et noir ;

5° le numéro des pages sur le nombre total de pages est à ajouter sur toutes les pages, à l'exception des formules standardisées réservées à une page.

Toute formule standardisée contient les nom, prénoms, adresse et code prestataire du médecin-dentiste, et les nom, prénoms et numéro d'identification de la personne protégée.

Toute formule standardisée comporte un code-barres, tel que prévu par l'article 11, à l'exception de celle non transmise par voie numérique.

Sur toute formule standardisée reprenant des prestations de soins de santé concernant un accident du travail présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin-dentiste inscrit le numéro attribué par l'Association d'assurance accident, ou, à défaut, la date de l'accident.

Toute formule standardisée en format papier ou PDF remplit en plus les caractéristiques de format suivantes :

1° la qualité papier minimale est de 80 grammes par mètre carré ou la visualisation se fait en PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1, avec un taux de compression des images dans le PDF de 50 pour cent à 60 pour cent ;

2° la dimension de la formule standardisée en version papier est en DIN A4.

L'émission de formules standardisées en version papier par le médecin-dentiste est réalisée à titre gracieux.

Les versions papier des formules standardisées, à l'exception des mémoires d'honoraires non acquittés, sont signées et cachetées par le médecin-dentiste.

Art. 10.

Le document de référence requis pour la transmission par procédure numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées ou en format PDF/A 1b, conformément à la norme ISO 19005-1 et avec un taux de compression des images dans le PDF de 50 pour cent à 60 pour cent est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et s'applique à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de sa publication.

Chaque document de référence définit les standards techniques électroniques et numériques à respecter dans le cadre de la transmission et circulation numérique d'une formule standardisée sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Art. 11.

Le code-barres prend la forme d'un code datamatrix dont le niveau de redondance est d'au moins 7 pour cent, niveau L, et pour lequel le séparateur à utiliser entre chaque champ est un mot-dièse.

Le code-barres se trouve sur la première page d'une formule standardisée, aligné à droite, et permet d'identifier de manière unique les données structurées et normalisées d'une formule standardisée transmise à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

Le code-barres contient :

1° pour les mémoires d'honoraires, les données précisées à l'article 1er de l'annexe ;

2° pour les relevés dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc telle que prévue à l'article 31, les données précisées à l'article 2 de l'annexe ;

3° pour les ordonnances médicales, les données précisées à l'article 3 de l'annexe ;

4° pour les demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, les données précisées à l'article 4 de l'annexe ;

5° pour les certificats d'incapacité de travail, les certificats médicaux de congé pour raisons familiales, les données précisées à l'article 5 de l'annexe.

Art. 12.

(1) Les mémoires d'honoraires sont établis sur la formule standardisée, qui est à remplir conformément aux conditions décrites aux paragraphes 2 à 4 du présent article et aux modalités figurant aux articles 6 et 7 de l'annexe.

(2) Un mémoire d'honoraires distinct est établi pour chaque personne protégée et reproduit toutes les indications utiles correspondant aux actes et services de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prestés personnellement par le médecin-dentiste.

Chaque médecin-dentiste collaborant à l'examen ou au traitement d'une même personne protégée établit, pour les prestations de soins de santé qu'il dispense, un mémoire d'honoraires distinct, à l'exception des prestations de soins de santé dispensées dans le cadre d'une association qui peuvent figurer sur le même mémoire d'honoraires.

Les prestations de soins de santé imputables à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

(3) Chaque mémoire d'honoraires comporte :

1° le nom, prénoms et titre dont le médecin-dentiste peut se prévaloir ou la dénomination de l'association ;

2° le code prestataire du médecin-dentiste émetteur ou de l'association émettrice du mémoire d'honoraires ;

3° le nom, prénoms et numéro d'identification de la personne protégée ;

4° les actes et services délivrés d'après le code officiel de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ;

5° le lieu d'exécution de la prestation de soins de santé conformément à l'article 7 de l'annexe ;

6° la date de chaque prestation de soins de santé ou, lorsqu'il s'agit de traitements soumis à un forfait figurant à la première partie, chapitre 4 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, les dates du début et de la fin du traitement ;

7° le code prestataire du médecin-dentiste pour chaque acte ou service délivré ;

8° le compte bancaire professionnel ;

9° pour chaque acte ou service le montant du tarif de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ainsi que le total des honoraires mis en compte.

Les mémoires d'honoraires transmis par voie numérique comportent, sur leur première page, un code-barres. Ce code-barres se compose, conformément à l'article 1er de l'annexe, du libellé type mémoires d'honoraires et des données techniques permettant d'accéder aux données structurées et normalisées des formules standardisées de mémoires d'honoraires.

Le dépassement des tarifs mis en compte à la personne protégée par le médecin-dentiste en vertu des articles 29 et 30 figure sur le même mémoire d'honoraires que celui émis pour les actes et services délivrés au tarif de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes. En cas de mise en compte d'une convenance personnelle en vertu de l'article 29, paragraphe 1er, le médecin-dentiste indique le détail du montant du dépassement de tarifs par convenance personnelle. En cas d'un dépassement de tarifs sur devis préalable visé à l'article 30, le médecin-dentiste ajoute le montant de dépassement du tarif au tarif de l'acte ou service de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes marqué par les lettres « DSD » (dépassement sur devis).

Lorsque la prestation de soins de santé est imputable à un accident du travail ou une maladie professionnelle, le numéro d'accident est reproduit. Lorsque le numéro d'accident n'est pas connu du médecin-dentiste, mais que celui-ci présume un lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, il inscrit sur le mémoire d'honoraires la date de l'accident tant que le délai prévu à l'article 123, alinéa 1er, du Code de la sécurité sociale n'est pas écoulé.

Pour les mémoires d'honoraires émis dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission individuelle, le mémoire d'honoraires précise également la part statutaire incombant à l'assurance maladie-maternité et la participation personnelle de la personne protégée.

Les mémoires d'honoraires portant sur la visite effectuée par un médecin-dentiste qui n'est pas présent à l'hôpital, mais qui s'y déplace spécialement et en urgence pour un traitement ambulatoire ou pour une personne protégée hospitalisée par un autre médecin, indiquent l'heure à laquelle la visite a été effectuée.

(4) En cas de paiement par la personne protégée d'un mémoire d'honoraires émis en version papier, la signature manuscrite, accompagnée du cachet du médecin-dentiste et de la date d'acquittement est apposée sur cette version. Tout mémoire d'honoraires émis en version papier, non acquitté, ne porte ni signature manuscrite ni cachet du médecin-dentiste.

Art. 13.

Dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc conformément à l'article 31, le médecin-dentiste joint le relevé récapitulatif prévu à l'article 10 de l'annexe.

Pour une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, le médecin-dentiste indique sur le mémoire d'honoraires le numéro d'identification de l'office social émetteur de l'attestation de prise en charge émise dans le cadre de l'article 24, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale.

Art. 14.

L'ordonnance médicale dont fait usage le médecin-dentiste dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé figurant à l'article 17, alinéa 1er, du Code de la sécurité sociale, correspond aux articles 13 et 14 de l'annexe.

Le médecin-dentiste inscrit sur l'ordonnance le libellé de l'acte, de la prestation ou de la fourniture tel qu'il figure dans les nomenclatures visées à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, ou le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature afférente.

Toute prescription de prestations de soins de santé en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle est portée sur une ordonnance médicale distincte.

L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée.

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

En cas de prestations de soins de santé à délivrer au domicile de la personne protégée pour des raisons médicales, le médecin-dentiste l'indique sur l'ordonnance médicale.

Art. 15.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique », et établie conformément aux articles 15 et 16 de l'annexe.

Par dérogation à l'article 14, alinéa 5, lorsque la pathologie particulière de la personne protégée exige des examens de laboratoire à intervalles réguliers, le médecin-dentiste est habilité à émettre en une seule fois un nombre d'ordonnances médicales suffisant pour permettre une surveillance du malade pendant une période de six mois au plus. Les dates-limite de chaque examen sont mentionnées sur les ordonnances médicales.

Une ordonnance médicale concernant des examens de laboratoire réalisés à des fins scientifiques est marquée conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique au motif qu'elle n'est pas à charge de l'assurance maladie-maternité.

Art. 16.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Kinésithérapie », et établie conformément à l'article 17 de l'annexe. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 17.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des orthophonistes, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Orthophonie », et établie conformément à l'article 18 de l'annexe. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 18.

Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux », et établie conformément aux articles 19 et 20 de l'annexe.

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 du travail ou une maladie professionnelle, auquel cas il est procédé conformément à l'article 14, alinéa 3.

Par prescription de médicament, le médecin-dentiste indique le numéro national de la liste positive en application de l'article 22, paragraphe 1er, du Code de la sécurité sociale, sinon la dénomination abrégée de la liste positive, sinon la dénomination commune internationale.

Par prescription d'aliment médical ou de dispositif médical à l'exception des prothèses, épithèses et orthèses, le médecin-dentiste indique le numéro national ou code des fichiers B de l'annexe A des statuts de la Caisse nationale de santé, à l'exclusion du fichier B6, sinon le nom commercial ou collectif des fichiers B de l'annexe A des statuts de la Caisse nationale de santé, à l'exclusion du fichier B6.

Au besoin, il renseigne la quantité prescrite, l'unité prescrite, la quantité par administration, l'unité par administration, la fréquence, l'intervalle de la fréquence, la durée du traitement, la posologie, et la motivation médicale conformément à l'article 19 de l'annexe.

Le médecin-dentiste peut prescrire des médicaments sous le nom générique (Dénomination Commune Internationale (DCI)) ou chimique de la substance active.

Art. 19.

Les transports non-urgents de malades effectués à charge de l'assurance maladie-maternité sont à prescrire par le médecin-dentiste sur des ordonnances spéciales, limitées à une page, prévues aux articles 21 et 22 de l'annexe.

Sont considérés comme « transports non-urgents de malades », au sens du présent article, le « transport en série en ambulance terrestre ou en taxi » et le « transport simple et non-urgent en ambulance », tels que définis par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 20.

Dans le cadre de la prescription d'une désinfection d'une ambulance, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance », et établie conformément à l'article 23 de l'annexe. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 21.

Dans le cadre de la demande d'un rapport DR1 au médecin-dentiste conformément au code DR1 figurant à la première partie, chapitre 5, de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport DR1 au médecin-dentiste traitant », et établie conformément à l'article 24 de l'annexe. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 22.

Dans le cadre de la demande d'un traitement parallèle conformément à l'article 7 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services de médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle », et établie conformément à l'article 25 de l'annexe.

Art. 23.

Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient au Grand-Duché de Luxembourg, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient », et établie conformément à l'article 26 de l'annexe.

Art. 24.

Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, le médecin-dentiste remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger », et établie conformément à l'article 27 de l'annexe.

Une telle ordonnance contient la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic moyennant codification ICD-10 à quatre caractères alphanumériques au moins, la date de début du traitement, si connue, avec l'indication de la durée prévisionnelle du traitement, l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu d'avoir recours lors du traitement de la personne protégée, la nature du traitement et la motivation exposant les faits ainsi que les critères justifiant le traitement.

Sur cette ordonnance médicale, le médecin-dentiste indique le motif à l'origine de l'émission de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, à savoir que :

1° les prestations dont la prise en charge est demandée ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Grand-Duché de Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie ;

2° les prestations dont la prise en charge est demandée peuvent être dispensées à la personne protégée au Grand-Duché de Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie. La demande émane de la demande expresse de la personne protégée qui souhaite se rendre à l'étranger pour la dispensation des prestations en question ; ou

3° les prestations dont la prise en charge est demandée sont directement liées à un suivi d'un traitement initié auprès d'un médecin-dentiste étranger et opposable à l'assurance maladie-maternité, et sont envisagées dans le cadre du suivi de ce traitement.

Cette information est à renseigner au niveau de la case intitulée « Indication Attestation médicale ».

Art. 25.

Dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin-dentiste remplit la formule standardisée intitulée « Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale » et établie conformément aux articles 28 et 29 de l'annexe. Cette même formule standardisée peut être émise par le médecin-dentiste dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 26.

Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail, le médecin-dentiste remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » comprenant trois volets et établie conformément à l'article 30 de l'annexe.

Le médecin-dentiste indique sur le premier volet le code ICD10 à trois caractères alphanumériques au moins.

Art. 27.

Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin-dentiste remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical de congé pour raisons familiales » comprenant trois volets et établie conformément à l'article 31 de l'annexe.

Chapitre 6 - Modalités du dépassement des tarifs

Art. 28.

(1) Le dépassement du tarif pour une convenance personnelle visée à l'article 66, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale peut être mis en compte dans les cas suivants :

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-dentiste, à identifier par le code CP1 ;

2° un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi matin et donné par un médecin-dentiste qui travaille du lundi au vendredi, à identifier par le code CP2 ;

3° le fait pour la personne protégée de venir trop tard à son rendez-vous sans fournir de raisons indépendantes de sa volonté justifiant ce retard, à identifier par le code CP3.

Peut également être mis en compte, par le médecin-dentiste qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous :

1° le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin-dentiste n'ont pas été acceptées, à identifier par le code CP4 ;

2° l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence, à identifier par le code CP5 ;

3° 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 actes et services des médecins-dentistes, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin-dentiste, à identifier par le code CP6.

Le médecin-dentiste qui met en compte un acte technique figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, à l'exception des actes techniques marqués par les lettres « DSD » (dépassement sur devis) ou des actes techniques dont le code de l'acte est complété par la lettre « M », peut mettre en compte le matériel excédant les exigences thérapeutiques nécessaires pour délivrer l'acte technique, à identifier par le code CP8.

Dans le cas de mise en compte de dépassements des tarifs pour convenance personnelle de la personne protégée dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin-dentiste inscrit sur le mémoire d'honoraires les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6 ou CP8.

Les mémoires d'honoraires indiquent le montant réclamé au titre de convenance personnelle. Cette mention est libellée de façon claire pour prévenir des remboursements indus de la part de l'assurance maladie-maternité.

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-maternité, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un montant en relation avec le préjudice subi

par le médecin-dentiste. Le mémoire d'honoraires 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 annulé 24 heures à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important ainsi que le délai d'annulation applicable sont communiqués à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.

Pour la convenance personnelle « CP5 », 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 de la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité.

(2) En cas de traitement stationnaire, le fait que la personne protégée sollicite, à titre de convenance personnelle, de se faire soigner dans une chambre d'hôpital individuelle permet au médecin-dentiste de majorer l'acte ou service figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes presté au lit du malade hospitalisé de 66 pour cent par rapport au tarif de l'acte ou service figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pour une hospitalisation dans une chambre à deux lits.

Le dépassement pour chambre d'hôpital individuelle n'est pas dû lorsque l'hospitalisation dans une chambre d'hôpital individuelle est nécessaire pour des raisons médicales.

Lorsque la personne protégée occupe, à titre de convenance personnelle, une chambre d'hôpital individuelle pendant une partie de son séjour seulement, la majoration n'est due que pour les actes ou services figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prestés aux journées entières passées dans cette chambre. La journée entière est comptée de minuit à minuit. Toutefois, les actes ou services figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prestés au lit du malade peuvent également être majorés au titre de l'alinéa 1er lorsque l'occupation de la chambre d'hôpital individuelle par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de la délivrance de ces actes ou services.

Lorsque l'hospitalisation ne couvre pas une journée entière, mais que le séjour a lieu en chambre d'hôpital individuelle, la majoration peut être appliquée aux actes ou services figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prestés le jour de l'hospitalisation.

Les actes ou services figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prestés en salle d'opération peuvent être majorés au titre de l'alinéa 1er lorsque l'occupation de la chambre d'hôpital individuelle 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.

La majoration pour chambre d'hôpital individuelle peut être appliquée aux prestations délivrées en salle de soins intensifs au maximum pendant les trois premiers jours du séjour, à condition que la personne protégée ait occupé une chambre d'hôpital individuelle avant son admission en soins intensifs. Cette limitation ne s'applique pas lorsque le choix de la chambre d'hôpital individuelle est effectué dans les conditions prévues à l'alinéa 5. Le choix de la convenance personnelle est 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.

Art. 29.

Le dépassement du tarif pour prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire se fait pour les actes et services inscrits à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes et marqués par les lettres « DSD » (dépassement sur devis).

Le tarif opposable à l'assurance maladie-maternité est le tarif résultant de la multiplication du coefficient, fixé selon l'article 65, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale, par la valeur de la lettre-clé fixée pour les médecins-dentistes. Par « dépassement du tarif » dans le cadre du présent article, on entend tout montant que le médecin-dentiste prévoit de mettre en compte au-delà du tarif opposable.

Le devis sur le dépassement des tarifs est établi par écrit entre le médecin-dentiste et la personne protégée. Le devis relatif au dépassement des tarifs indique :

1° le code et le libellé de l'acte ou du service figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ;

2° le tarif opposable à l'assurance maladie-maternité ;

3° le montant dépassant le tarif opposable à l'assurance maladie-maternité et à charge de la personne protégée.

Le médecin-dentiste présente ce devis préalablement à toute délivrance des prothèses et autres prestations dentaires dépassant le tarif opposable à l'assurance maladie-maternité au sens du présent article. Le devis accepté est dûment signé et établi en autant d'exemplaires que de parties.

En vue de l'émission d'une décision conformément à l'article 47, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, le médecin-dentiste communique, sur simple demande de la Caisse nationale de santé, dans un délai de quinze jours une copie du devis original sur le dépassement des tarifs demandés. Les données et informations ainsi obtenues ne sont utilisées que dans le cadre de l'émission d'une telle décision.

Chapitre 7 - Modalités de liquidation et de paiement des honoraires

Art. 30.

La personne protégée règle les honoraires du médecin-dentiste et le médecin-dentiste délivre quittance pour le montant reçu.

Toute transmission en bloc peut être effectuée par le médecin-dentiste une fois par mois à la Caisse nationale de santé. Un ensemble de mémoires d'honoraires se compose de mémoires d'honoraires émis en dehors du cas d'indigence de la personne protégée attestée par un office social ou de mémoires d'honoraires émis en cas d'indigence de la personne protégée. Les relevés récapitulatifs contiennent le numéro de chaque mémoire d'honoraires, le numéro d'identification de chaque personne protégée ainsi que le montant total des honoraires demandés.

Pour les mémoires d'honoraires transmis en bloc, la Caisse nationale de santé procède, par virement sur le compte bancaire du médecin-dentiste, au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois suivant.

La Caisse nationale de santé transmet, pour chaque relevé récapitulatif reçu, au médecin-dentiste un décompte des prestations de soins de santé payées, contenant le numéro du mémoire d'honoraires, le numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés. Lorsque la Caisse nationale de santé refuse la prise en charge d'un montant d'honoraires figurant sur le relevé récapitulatif reçu, elle indique au médecin-dentiste les motifs. Les honoraires contestés peuvent être reproduits sur un relevé récapitulatif ultérieur du médecin dès que le motif de contestation a cessé.

Dans le cadre de la transmission individuelle des mémoires d'honoraires sous forme de prise en charge directe, la réception des données et informations figurant sur le mémoire d'honoraires par la Caisse nationale de santé déclenche le processus de paiement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie-maternité au médecin-dentiste. Ce paiement intervient dans les quarante-huit heures à compter de la réception des données et informations figurant sur le mémoire d'honoraires ou au plus tard le premier jour ouvrable suivant lorsque ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié. Lorsque la Caisse nationale de santé refuse la prise en charge d'un montant d'honoraires figurant sur le mémoire d'honoraires reçu, elle indique au médecin-dentiste les motifs.

Art. 31.

En cas d'indigence de la personne protégée au sens de l'article 24, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé paie au médecin-dentiste le tarif intégral de l'acte ou service mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes.

Art. 32.

Le paiement effectué sous forme de prise en charge directe est libératoire si la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin-dentiste au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin-dentiste a droit 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 à l'article 31, alinéa 3 et prennent cours le premier jour du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Chapitre 8 - Modalités de l'application rétroactive de la lettre-clé revalorisée

Art. 33.

Dans le cadre de la revalorisation biennale de la valeur de la lettre-clé des médecins-dentistes, un facteur d'adaptation de la valeur de la lettre-clé est fixé conformément aux articles 67, 68, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale. Ce facteur s'applique à la période courant du 1er janvier de l'exercice N au 31 décembre de l'exercice N+1.

En cas d'application tardive du facteur d'adaptation, un facteur de rattrapage temporaire est appliqué afin de compenser la mise en vigueur différée de l'adaptation. Ce facteur s'applique à compter du premier jour du mois de la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1.

La masse des coefficients retenue pour chaque mois des exercices N et N+1 est égale à 1.

La valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée est obtenue en multipliant la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 applicable au 31 décembre de l'exercice N-1 par le facteur d'adaptation.

Le volume « négocié » désigne le volume généré sous l'hypothèse d'une mise en application du facteur d'adaptation au 1er janvier de l'exercice N. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période allant du 1er janvier de l'exercice N au 31 décembre de l'exercice N+1, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le volume « appliqué » désigne le volume généré par une mise en application tardive du facteur d'adaptation. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période comprise entre le 1er janvier de l'exercice N et le mois précédant le mois de la mise en application du facteur d'adaptation, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 applicable au 31 décembre de l'exercice N-1, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le volume « à redresser » désigne le volume généré par la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1. Il est obtenu en calculant, pour chaque mois de la période comprise entre le 1er du mois de la mise en application du facteur d'adaptation jusqu'au 31 décembre de l'exercice N+1, le produit de la masse des coefficients, de l'indice du coût de la vie applicable aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État, exprimé en base 100, et de la valeur de la lettre-clé à l'indice 100 revalorisée, puis en additionnant les montants mensuels obtenus.

Le facteur de rattrapage temporaire correspond à la différence entre le volume « négocié » et le volume « appliqué », divisée par le volume « à redresser ».

Chapitre 9 - Médication économique

Art. 34.

Les prestations à charge de l'assurance maladie-maternité délivrées par le médecin-dentiste ou accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales sont soumises au principe de la médication économique.

Toutes ces prestations correspondent au mieux à l'état de santé de la personne protégée, ne pas dépasser ce qui est utile et nécessaire, être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. Elles sont prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée.

Nonobstant le principe de la médication économique, les médecins-dentistes assurent à chaque personne protégée une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée à son état de santé, fondée sur l'état actuel de la science médicale et visant à lui garantir la prise en charge la plus efficace et efficiente au meilleur coût et avec le moindre risque iatrogénique.

Art. 35.

La médication économique se fonde sur :

1° des avis et expertises du Contrôle médical de la sécurité sociale ;

2° des avis et expertises de la Cellule d'expertise médicale ;

3° des recommandations, avis ou référentiels élaborés ou reconnus par le Conseil scientifique du domaine de la santé ;

4° des recommandations scientifiques européennes ou internationales, des conférences de consensus et des consensus formalisés d'experts, pour autant qu'ils soient publiés, méthodologiquement documentés et fondés sur des données scientifiques identifiables ;

5° pour les médicaments, des indications, contre-indications, conditions d'utilisation et données de sécurité issues de l'autorisation de mise sur le marché et du résumé des caractéristiques du produit, ainsi que des indications thérapeutiques reconnues, des conditions de prise en charge et des informations figurant sur la liste positive des médicaments publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 36.

Les rapports d'activité des médecins-dentistes sont établis par la Caisse nationale de santé pour des périodes d'observation déterminées. Ils comprennent, en fonction de la nature de l'activité concernée, les éléments suivants :

1° le nombre, la nature, la fréquence et le coût des actes et services prestés par le médecin-dentiste ;

2° le nombre, la nature, la fréquence et le coût des prescriptions médicales émises par le médecin-dentiste ;

3° les délivrances ou les prestations faisant suite aux prescriptions médicales émises par le médecin-dentiste ;

4° les certificats d'incapacité de travail établis par le médecin-dentiste ;

5° les hospitalisations liées à l'activité du médecin-dentiste.

Art. 37.

Les modalités d'établissement des rapports d'activité portant sur les certificats d'incapacité de travail sont établies sur la base de la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail, calculée conformément aux alinéas 2 à 6 du présent article.

Par médecin-dentiste, il est établi un indicateur mettant en relation l'activité de prescription de certificats d'incapacité de travail, exprimée par le nombre de certificats d'incapacité de travail émis et l'activité de prestation, exprimée par le nombre de séances.

Le rapport entre le nombre de certificats d'incapacité de travail émis et le nombre de séances représente, pour chaque médecin-dentiste, la fréquence d'émission de certificats d'incapacité de travail par séance par rapport au nombre total de séances.

Est considérée comme « séance », au sens de la présente disposition, tout contact journalier physique entre un médecin-dentiste et une personne protégée ayant engendré la mise en compte d'au moins un acte ou service de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie-maternité ou l'assurance accident ou ayant occasionné la délivrance de prestations à charge de l'assurance maladie-maternité ou de l'assurance accident. Le dénombrement des séances est effectué en fonction de la date de prestation desdites séances.

Aux fins de l'établissement des rapports d'activité portant sur les certificats d'incapacité de travail, les champs suivants sont pris en compte :

1° les personnes protégées considérées sont celles exerçant une activité rémunérée et pour lesquelles un certificat d'incapacité de travail a été émis ;

2° les médecins-dentistes considérés sont ceux ayant presté, au cours de l'année considérée, au moins cent séances pour des personnes protégées considérées ;

3° les certificats d'incapacité de travail considérés sont ceux émis par les médecins-dentistes considérés et introduits auprès de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie visées à l'article 48 du Code de la sécurité sociale. Le dénombrement des certificats d'incapacité de travail est effectué en fonction de la date d'établissement desdits certificats d'incapacité de travail.

Le nombre total de certificats d'incapacité de travail émis est supérieur à deux tiers de la moyenne des certificats d'incapacité de travail émis par les médecins-dentistes pour être considéré dans les rapports d'activité.

Chapitre 10 - Dispositions finales

Art. 38.

Le présent règlement entre en vigueur le 31 octobre 2026.

Art. 39.

Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

La Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,
Martine Deprez

Fait le 23 octobre 2026.
Guillaume

Annexe Cahier des charges (médecins-dentistes) : dispositions techniques pour les formules standardisées relatives à la transmission et circulation des données et informations

Titre I : Le code-barres

Art. 1. Pour les mémoires d'honoraires, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
3	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Acquitté (booléen)	Q	1 si mémoire d'honoraires acquitté, 0 si non
7	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
8	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés au document principal
9	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type mémoires d'honoraires
DMMHRB01	Remboursement
DMMHTB01	Prise en charge directe par transmission en bloc
DMMHTBI01	Prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée
DMMHTI01	Prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 2. Pour les relevés récapitulatifs dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
3	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
4	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ

5	Nombre de pages	NP	Nombre de pages de la formule standardisée
6	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
7	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc
DMRTB01	Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc
DMRTBI01	Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée

Art. 3. Pour les ordonnances médicales, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
3	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
7	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
8	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type ordonnance
DMOLAB01	Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique
DMOKIN01	Ordonnance médicale : Kinésithérapie
DMOORT01	Ordonnance médicale : Orthophonie
DMOPDS01	Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux
DMOTES01	Ordonnance médicale : Transport en série
DMOTSA01	Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance
DMODS01	Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance
DMOPDR101	Ordonnance médicale : Demande d'un rapport DR1 au médecin traitant
DMOTPR01	Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle

DMOTPA01	Ordonnance médicale : Transfert d'un patient
DMOTAE01	Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Art. 4. Pour les demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
3	Matricule du patient	M	Matricule sur 13 positions
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
7	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale
DMCMSS01	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 5. Pour les certificats d'incapacité de travail et les certificats médicaux de congé pour raisons familiales, le code-barres doit contenir les données suivantes :

Champ	Description	Préfixe (#)	Contenu
1	Type CNS de la formule standardisée	Voir liste*	
2	Identifiant CNS de la formule standardisée	U	UUID de la formule standardisée utilisé par la CNS
3	Matricule du patient[(1)(2)] ou du parent [(3)]	M	Matricule sur 13 positions
4	Code prestataire	P	Code sur 8 positions
5	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
6	Nombre de pages	NP	Nombre total de pages de la formule standardisée
7	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

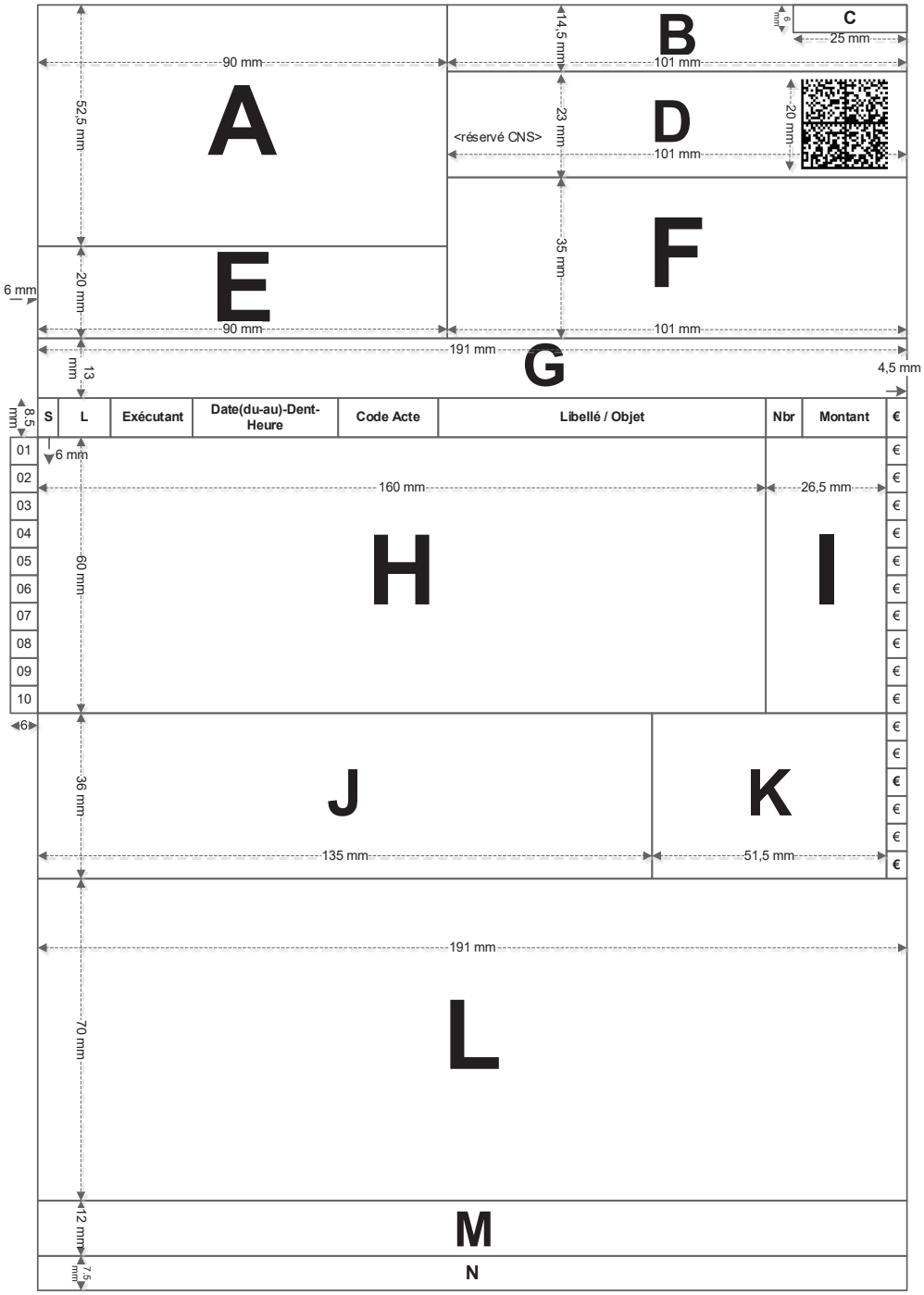
*Types	Libellé type de certificat
DMCMAL01(1)	Certificat de maladie ou d'accident
DMCRF01(3)	Certificat de congé pour raisons familiales

Titre II : Description des formules standardisées

Chapitre I : Facturation

Section 1re : Mémoires d'honoraires

Art. 6. La mise en page du mémoire d'honoraires doit correspondre aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
6 mm
25 mm
<réservé CNS>
23 mm
20 mm
35 mm
6 mm
20 mm
90 mm
101 mm
191 mm
13 mm
4,5 mm
8,5 mm
S
L
Exécutant
Date(du-au)-Dent-Heure
Code Acte
Libellé / Objet
Nbr
Montant
€
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
6 mm
160 mm
26,5 mm
60 mm
6
36 mm
135 mm
51,5 mm
191 mm
70 mm
12 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	90,0*52,5	Arial 14 Bold pour nom / prénom du prestataire Arial 11 justifié gauche pour le reste	Nom prestataire ou dénomination de l'association*	Le nom du prestataire peut être précédé de l'abréviation « Dr » ou tout autre titre dont il peut se prévaloir.
			Prénom prestataire	Obligatoire sauf association.
			Titre prestataire	« Docteur » ou tout titre dont le prestataire peut se prévaloir.
			Adresse prestataire 1ère ligne	
			Adresse prestataire 2e ligne	
			Adresse prestataire 3e ligne*	Numéro et rue du prestataire.
			Adresse prestataire 4e ligne*	Code pays - code postal - localité.
			Téléphone prestataire	
			Fax prestataire	
			E-mail prestataire	
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
C	25,0*6,0	Arial 11 justifié droite	N° de page	Obligatoire si la formule standardisée fait plusieurs pages.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 1er (20mm*20mm)
E	90,0*20,0	Arial 11 justifié gauche	Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
			Nom patient*	
			Prénom patient*	
			Numéro de l'accident	Numéro de l'accident tel qu'attribué par l'Association d'assurance accident.
			Date accident patient	Date : JJ/MM/AAAA
F	101,0*35,0	Arial 8	Adresse de retour	Adresse du prestataire
			Nom destinataire	

		Arial 11 (fenêtre adresse de l'enveloppe)	Prénom destinataire	
			Adresse destinataire 1ère ligne	
			Adresse destinataire 2eligne	
			Adresse destinataire 3e ligne	Numéro et rue du destinataire.
			Adresse destinataire 4e ligne	Pour les adresses au Luxembourg Code pays - code postal -LOCALITÉ. Pour les adresses à l'étranger Code postal - LOCALITÉ
			Adresse destinataire 5e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	N° Mémoire d'honoraires*	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
			Date d'établissement*	Date : JJ/MM/AAAA
H	191,0*8,5	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone H/I	
	6,0*6,0	Arial 8	N° ligne*	Numéro de ligne.
	4,5*6,0		Numéro de séance - Colonne S	Numéro de séance du même jour. Obligatoire à partir de la deuxième séance.
	11,5*6,0		Lieu d'exécution* - Colonne L	Cf. article 7
	18,0*6,0		Code prestataire exécutant	Code à 8 positions attribué par la CNS. Obligatoire en cas de facturation via code prestataire commun. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	16,0*6,0		Date (du) DENT - Col 1*	Date : JJ/MM/AA
	16,0*6,0		Date (au) DENT - Col 2	Date : JJ/MM/AA Heure : hh:mm Les médecins-dentistes inscrivent les dents et les faces traitées suivant la numérotation et codification détaillées en dessous de ce tableau.

				Les médecins-dentistes remplissent la case « DENT » conformément à l'article 8.
	22,0*6,0		Code de l'acte*	10 positions, incluant les préfixes et suffixes. Aucun espace vide (ou comparable) ne doit séparer le code de l'acte des préfixes ou des suffixes signalant une majoration ou une réduction du tarif dans les cas prévus par la nomenclature. Chaque ligne ne peut recevoir qu'un seul tarif. Il ne peut être cumulé aucun code de la nomenclature avec des codes exprimant des honoraires perçus pour convenance personnelle ou pour des actes de pratique courante en matière d'analyses médicales. Toutes les lignes de la zone H ne peuvent contenir que les codes acte d'une seule et même nomenclature. Le médecin-dentiste indique le code de la convenance personnelle.
	72,0*6,0		Libellé de l'acte	Libellé de l'acte. En cas de mise en compte du code CP8, le médecin-dentiste indique le code de l'acte technique figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes en relation avec le code CP8.
I	8,0*6,0		Nombre*	Nombre d'actes prestés.
	18,5*6,0		Montant Brut Acte*	
	4,5*6,0		Largeur zone Devise*	En « EUR ».
J	135,0*36,0	Arial 10	Acquitté	
			Date acquittement	Date : JJ/MM/AAAA

			Signature et cachet du prestataire	Signature du prestataire
K	33,0	Arial 8 justifié gauche	Largeur Intitulés zone K	Libellé de chaque ligne.
	18,5*6,0	Arial 8 justifié droite	Sous-total	Obligatoire en cas de mémoire d'honoraires à plusieurs pages.
			Report autres pages	Somme des sous-totaux des pages précédentes. Obligatoire en cas de mémoire d'honoraires à plusieurs pages.
		Arial 8 Bold justifié droite	Total*	
		Arial 8 justifié droite	Acompte à déduire	Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle à remplacer par « Part caisse de maladie* ».
		Arial 8 justifié droite		Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, à remplacer par « Part patient payée* ». À défaut d'application de la prise en charge directe par transmission individuelle, cette case reste vide.
		Arial 8 Bold justifié droite	A PAYER*	En capitales. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, correspond d'office à 0,00 €.
	4,5*6,0	Arial 8 Centré	Largeur zone Devise	
L	191,0*70,0		Texte libre virement	Coordonnées bancaires / réf. virement / … Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, la mention suivante doit figurer en Arial 14 Bold centré dans cette zone : « !!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. !!! »
M	42,5*6,0		Méd. prescripteur	Code prestataire prescripteur

		Arial 8 justifié gauche		8 positions, code attribué par la CNS. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	46,0*6,0		Date ordonnance	Date : JJ/MM/AAAA
	46,0*6,0		N° d'ordonnance	10 positions.
	56,5*6,0		N° du titre	15 positions, code attribué par la CNS.
	42,5*6,0		N° de l'Office social	Numéro d'identification de l'office social émetteur de l'attestation de prise en charge dans le cadre de l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Ce numéro d'identification ne peut être inscrit par le médecin-dentiste que si le patient lui présente une attestation en cours de validité pour la date des prestations mises en compte.
	46*6,0		Complément d'information	Les compléments d'informations pouvant être ajoutés par le prestataire pour fluidifier la prise en charge.
N	191,0*7,5	Arial 7 Centré	Mention légale*	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/. »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 7. Conformément à l'article 12, paragraphe 3 du règlement grand-ducal, le code du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé doit être indiqué dans la zone H, colonne L du mémoire d'honoraires, en se basant sur la liste suivante :

Code	Liste des lieux d'exécution des prestations de soins de santé
	Milieu extrahospitalier
01	Cabinet médical
02	Visite à domicile ou au lieu de séjour de la personne protégée
	Milieu hospitalier ambulatoire
05	Traitement hospitalier ambulatoire
	Milieu hospitalier stationnaire
31	Traitement hospitalier stationnaire
57	Service hôpital de jour
60	Transfert

Les codes repris par le tableau ci-dessus sont complétés comme suit en fonction de l'établissement hospitalier ou du site hospitalier auquel les prestations ont eu lieu :

Etablissement hospitalier	Site hospitalier	Code
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	Esch-sur-Alzette	A1
	Dudelange	A2
	Niederkorn	A3
Centre Hospitalier de Luxembourg	Centre	B1
	Maternité	B3
	Kannerklinik	B4
	Eich	B2
	Potaschberg	B5
	Grevenmacher	B6
	Mersch	B7
	Marnach	B8
	Steinfort	B9
Hôpitaux Robert Schuman	Hôpital Kirchberg	C1
	Clinique privée Dr E. Bohler	C2
	Zithaklinik	C3
	Clinique Ste Marie	C4
	Cloche d'Or	C5
Centre Hospitalier du Nord	Ettelbruck	D1
	Wiltz	D2
	Diekirch	D3
	Manternach	D4
	Useldange	D5

	Luxembourg	D6
	Putscheid	D7
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique au Luxembourg		H1
Hôpital Intercommunal de Steinfort		I1
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach		J1
Maison Omega		L1

Art. 8. Les médecins-dentistes remplissent la case « DENT », au niveau de la zone H, conformément à la numérotation et à la codification suivantes :

Dents définitives

Dents côté droit								Dents côté gauche							
MS															
10								20							
					CS										
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
					CI										
40								30							
MI															

(Vue sur le patient)

Dents de lait

Dents côté droit						Dents côté gauche					
MS											
50						60					
			CS								
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
			CI								
80						70					
MI											

(Vue sur le patient)

Les dents éventuellement surnuméraires sont appelées par le code de la dent qui précède immédiatement cette dent surnuméraire en y rajoutant le préfixe 9. Ces dents ont donc un code composé de trois chiffres.

En cas de présence de mésiodens le préfixe 0 est ajouté. Suivant qu'une mésiodens apparaît en denture de lait ou en denture définitive il y a lieu de prévoir les codes possibles suivants :

1° 011

2° 021

3° 031

4° 041

5° 051

6° 061

7° 071

8° 081.

Dans le cas où il existe plusieurs dents surnuméraires dans le même site, le médecin-dentiste utilise pour chaque dent surnuméraire supplémentaire le même code et indique le nombre de dents en question.

L'indication de l'hémi-maxillaire se fait par l'indication des nombres 10/20/30/40/50/60/70/80.

Les faces qui décrivent l'emplacement d'obturation sont identifiées comme suit :

M	Face mésiale
D	Face distale
O	Face occlusale
P	Face palatinale
L	Face linguale
V	Face vestibulaire
C	Collet

Le code face est inscrit sans discontinuité après le numéro de la dent traitée.

Pour les prestations (p.ex. rebasage), qui concernent tout un maxillaire (et non une dent), le médecin-dentiste indique dans la case « DENT » « MS » pour le maxillaire supérieur et « MI » pour le maxillaire inférieur (en lieu et place du code « dent »). Pour les prestations qui concernent les positions de canine à canine, le médecin-dentiste indique dans la case « DENT » « CS » pour les canines supérieures et « CI » pour les canines inférieures (en lieu et place du code « DENT »).

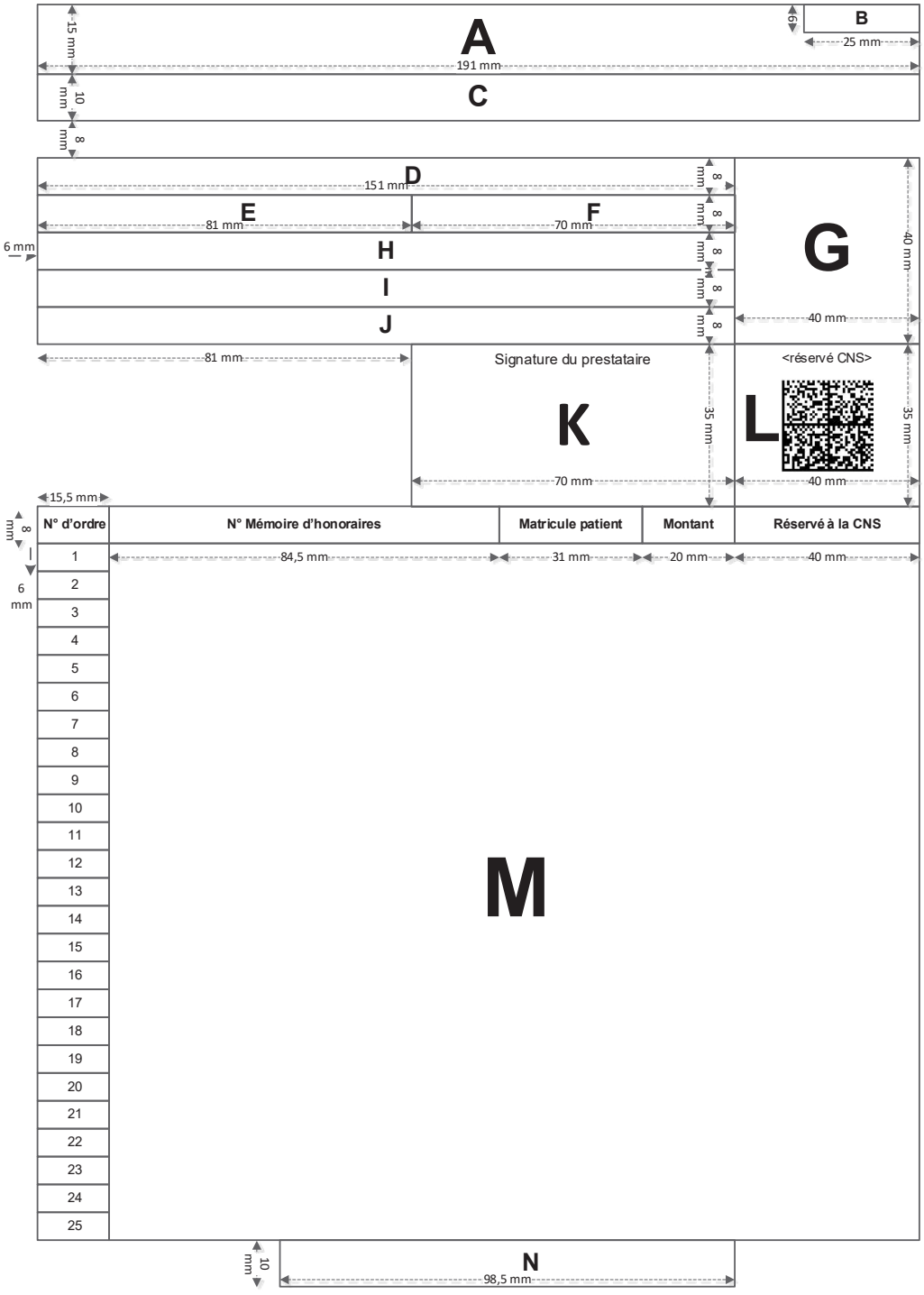
Art. 9. Dans les cas où le prestataire établit un mémoire d'honoraires sur plusieurs pages, comportant chacune dix lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

1° les pages suivant la première page ont la même structure que la première page, définie à l'article 6 ;
2° ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages ;
3° la zone K sur toutes les pages à l'exception de la dernière page ne contient que le sous-total ;

4° le champ « Report » se trouve sur toutes les pages à l'exception de la première page, zone K, et reprend la somme des sous-totaux des pages précédentes ;
5° les zones J, L et M figurent uniquement sur la dernière page, sauf dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle.

Section 2 : Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc

Art. 10. La mise en page du relevé récapitulatif accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, conformément à l'article 13 du règlement grand-ducal, doit correspondre aux modalités suivantes :


A
191 mm
15 mm
B
6 mm
25 mm
C
10 mm
8 mm
D
151 mm
E
81 mm
F
70 mm
G
40 mm
H
I
J
6 mm
Signature du prestataire
K
L
<réservé CNS>
35 mm
40 mm
15,5 mm
N° d'ordre
N° Mémoire d'honoraires
Matricule patient
Montant
Réservé à la CNS
84,5 mm
31 mm
20 mm
M
N
98,5 mm

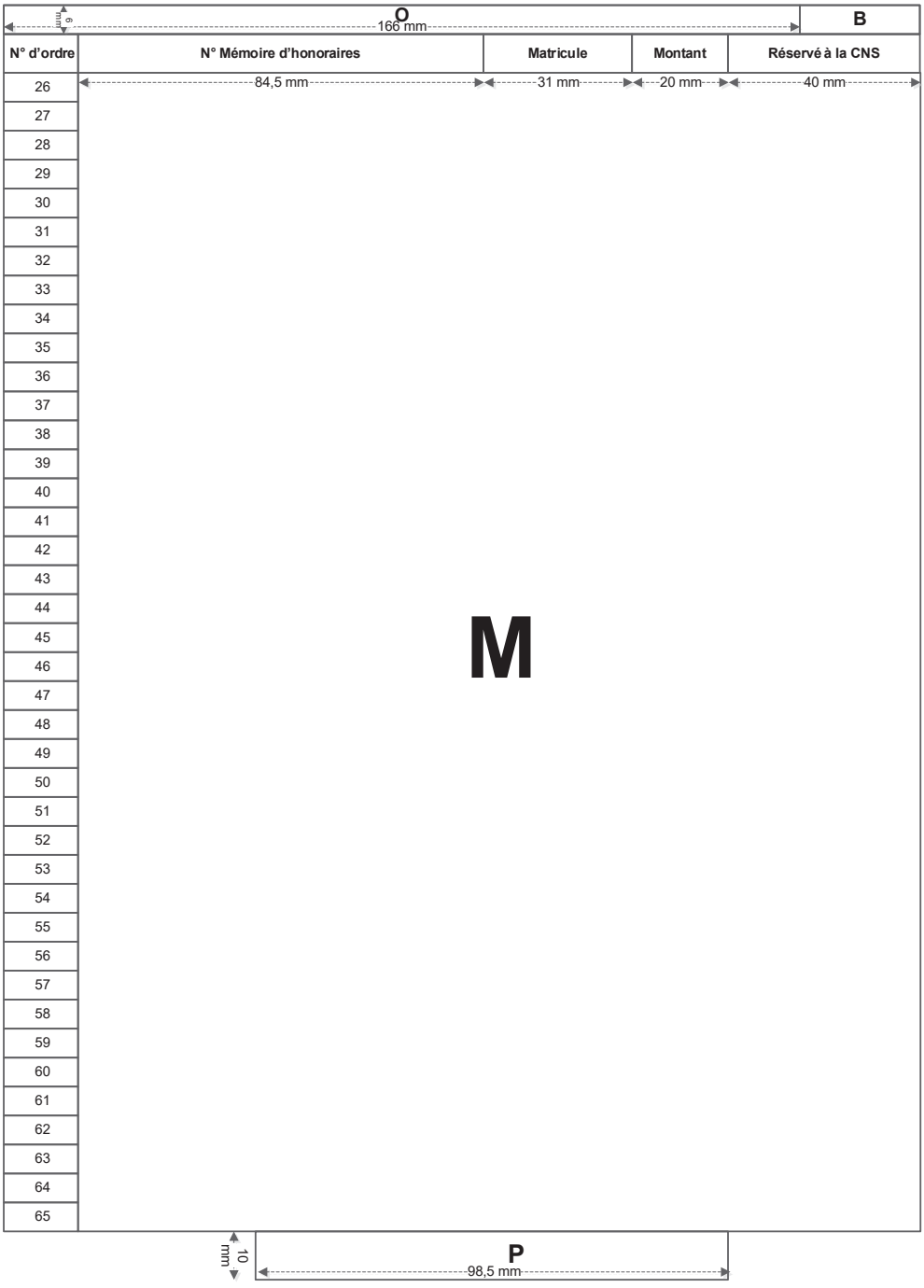
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	191,0*15,0	Arial 14 Bold Centré	Relevé récapitulatif des mémoires d'honoraires*	Titre
B	25,0*6,0	Arial 9 aligné droite	N° de page	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.
C	191,0*10,0	Arial 12 Centré	Type du relevé récapitulatif*	1 « Prise en charge directe par transmission en bloc » 2 « Prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée »
D	151,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Médecin-dentiste	NOM et prénom du prestataire facturier.
E	81,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
F	70,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	N° du relevé récapitulatif*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
G	40,0*40,0		Zone réservée à la CNS*	Contient le n° du relevé récapitulatif attribué par la CNS et la date d'entrée à la CNS.
H	151,0*8,0	Arial 9 aligné gauche	Nombre de mémoires d'honoraires présentés*	Indication du nombre total de mémoires d'honoraires présentés.
I	151,0*8,0		Montant total des mémoires d'honoraires*	Indication du montant total des mémoires d'honoraires.
J	151,0*8,0		Date*	Date de signature du relevé récapitulatif. Date : JJ/MM/AAAA
K	70,0*35,0	Arial 9 Centré aligné haut	Signature* et cachet du prestataire	Signature du prestataire
L	40,0*35,0	Arial 9 Bold aligné gauche	Zone réservée à la CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 2 (20mm*20mm)
M	186,5*8,0	Arial 8 Bold Centré	En-tête colonne zone M	
	15,5*6,0	Arial 8 Centré	Numéro d'ordre*	Un numéro d'ordre par mémoire d'honoraires présenté. Le numéro d'ordre figure uniquement sur le

				relevé récapitulatif et n'est pas reporté sur les mémoires d'honoraires respectifs.
	84,5*6,0	Arial 8 aligné gauche	N° Mémoire d'honoraires*	10 positions alphanumériques et correspondant au numéro du mémoire d'honoraires.
	31,0*6,0		Matricule patient*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA.
	20,0*6,0	Arial 8 aligné droite	Montant*	Montant brut total d'un mémoire d'honoraires. En « EUR ».
	40,0*6,0		Zone réservée à la CNS*	
N	78,5*10,0	Arial 8 Bold aligné droite	MONTANT TOTAL DES MEMOIRES D'HONORAIRES*	Indication du montant total des mémoires d'honoraires.
	20,0*10,0			

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 11. La mise en page du relevé récapitulatif sur plusieurs pages doit correspondre aux modalités suivantes :

La première page correspond aux modalités décrites à l'article 10. Les pages suivantes correspondent aux modalités suivantes :


6 mm
O
166 mm
B
N° d'ordre
N° Mémoire d'honoraires
Matricule
Montant
Réservé à la CNS
84,5 mm
31 mm
20 mm
40 mm
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
M
10 mm
P
98,5 mm

Les zones B et M sont identiques à celles prévues sur la première page.

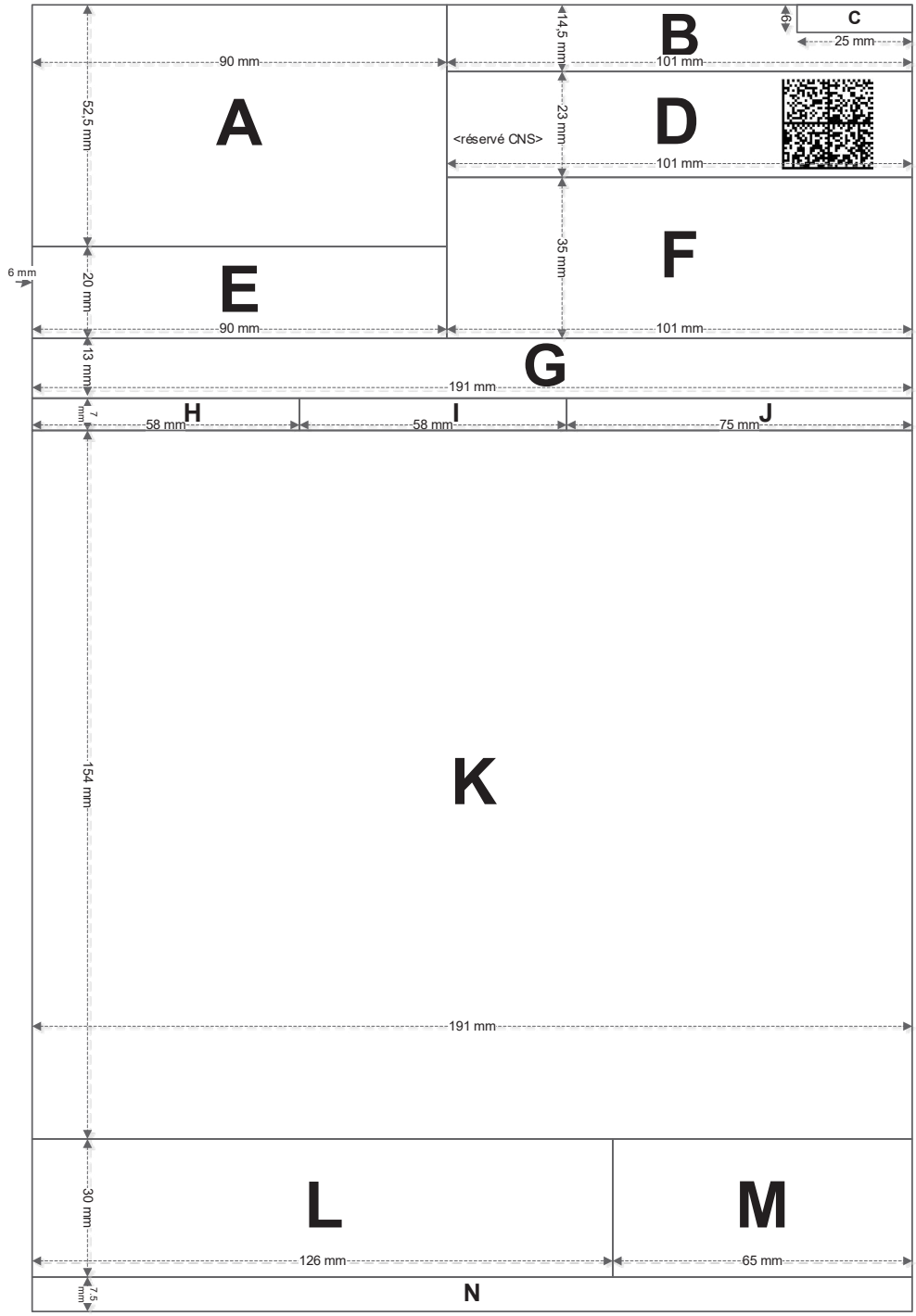
O	166,0*6,0	Arial 8	N° du relevé récapitulatif*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
P	78,5*10,0 20,0*10,0	Arial 8 Bold aligné droite	Sous-total*	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.

Art. 12. Conformément à l'article 30 du règlement grand-ducal, et en cas de transmission numérique de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, la CNS transmet par voie numérique une confirmation d'exploitabilité du relevé récapitulatif au prestataire lorsque les données reçues sont exploitables par la CNS. Dans le cas contraire, une information indiquant les motifs de non-exploitabilité des données est retournée au prestataire. La confirmation d'exploitabilité confirme l'exploitabilité des données au jour de la réception de celles-ci par la CNS, jour qui sert de point de départ au calcul du délai de paiement prévu à l'article 32 du règlement grand-ducal.

Chapitre II : Ordonnances médicales

Section 1re : Généralités relatives aux ordonnances médicales

Art. 13. La mise en page de l'ordonnance médicale doit correspondre aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
6 mm
25 mm
<réservé CNS>
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
90 mm
101 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
58 mm
75 mm
154 mm
191 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

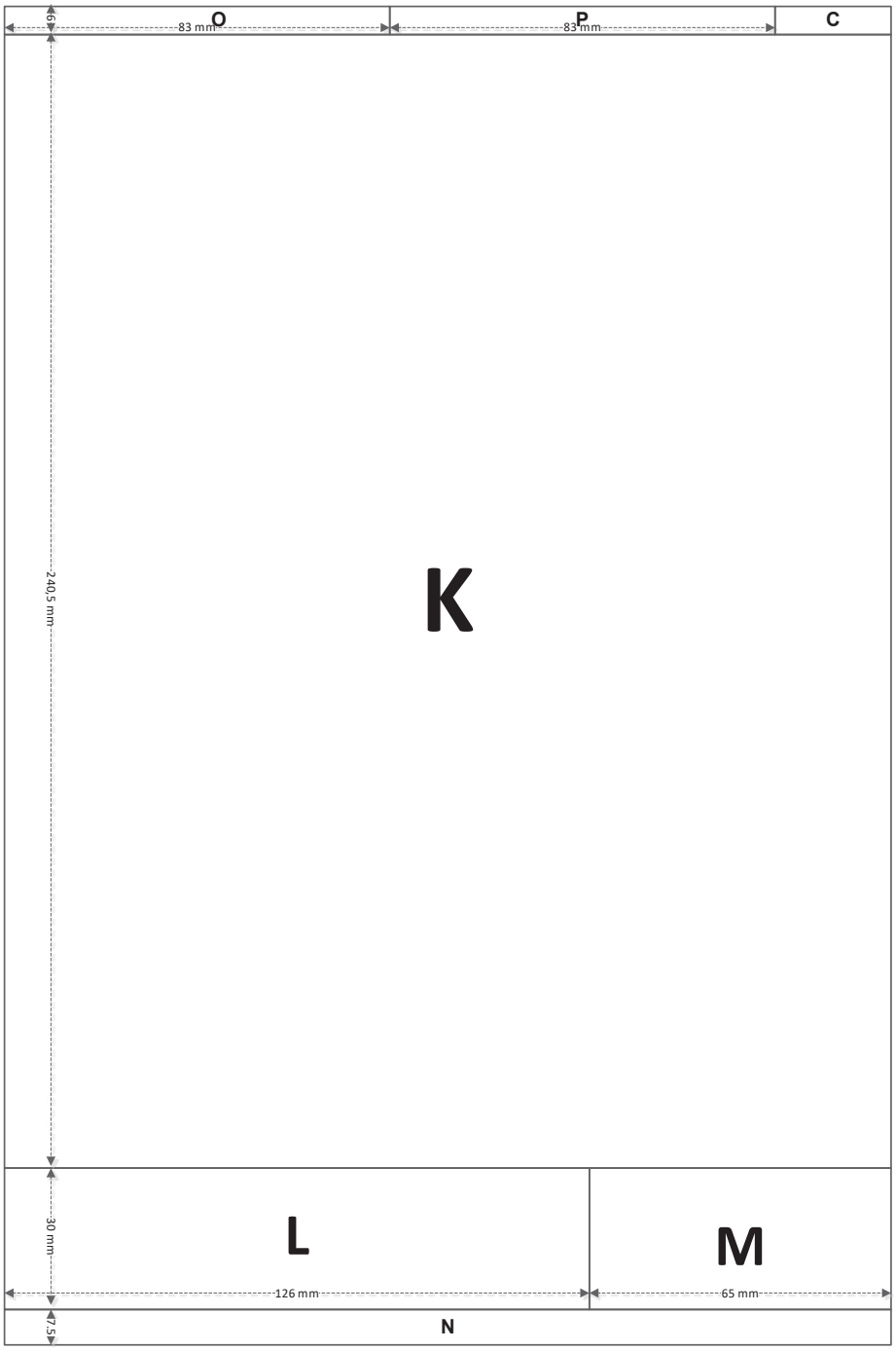
Les zones A, C, E, F et N sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire prescripteur*	Le code prestataire du prestataire émetteur (8 positions, code attribué par la CNS). Il ne peut pas s'agir d'un code prestataire commun.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 3 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé de l'ordonnance médicale*	Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 15 à 27.
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	A défaut, les prestations ou fournitures ne sont pas opposables à l'assurance maladie.
I	58*7,0	Arial 9	Date d'expiration	Conformément aux dispositions des statuts de la CNS.
J	75,0*7,0	Arial 9	N° d'ordonnance*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
K	191,0*154	Arial 9	Zone de prescription*	Cette zone est réservée au médecin-dentiste pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 15 à 27. Chaque prescription distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une prescription valable d'actes, services ou fournitures.
L	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre à destination de la personne protégée ou du prestataire exécutant.
M	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 14. La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages, telles que prévues aux articles 16 et 20 doit correspondre aux modalités suivantes :

La première page correspond aux modalités décrites à l'article précédent. Les pages suivantes correspondent aux modalités suivantes :

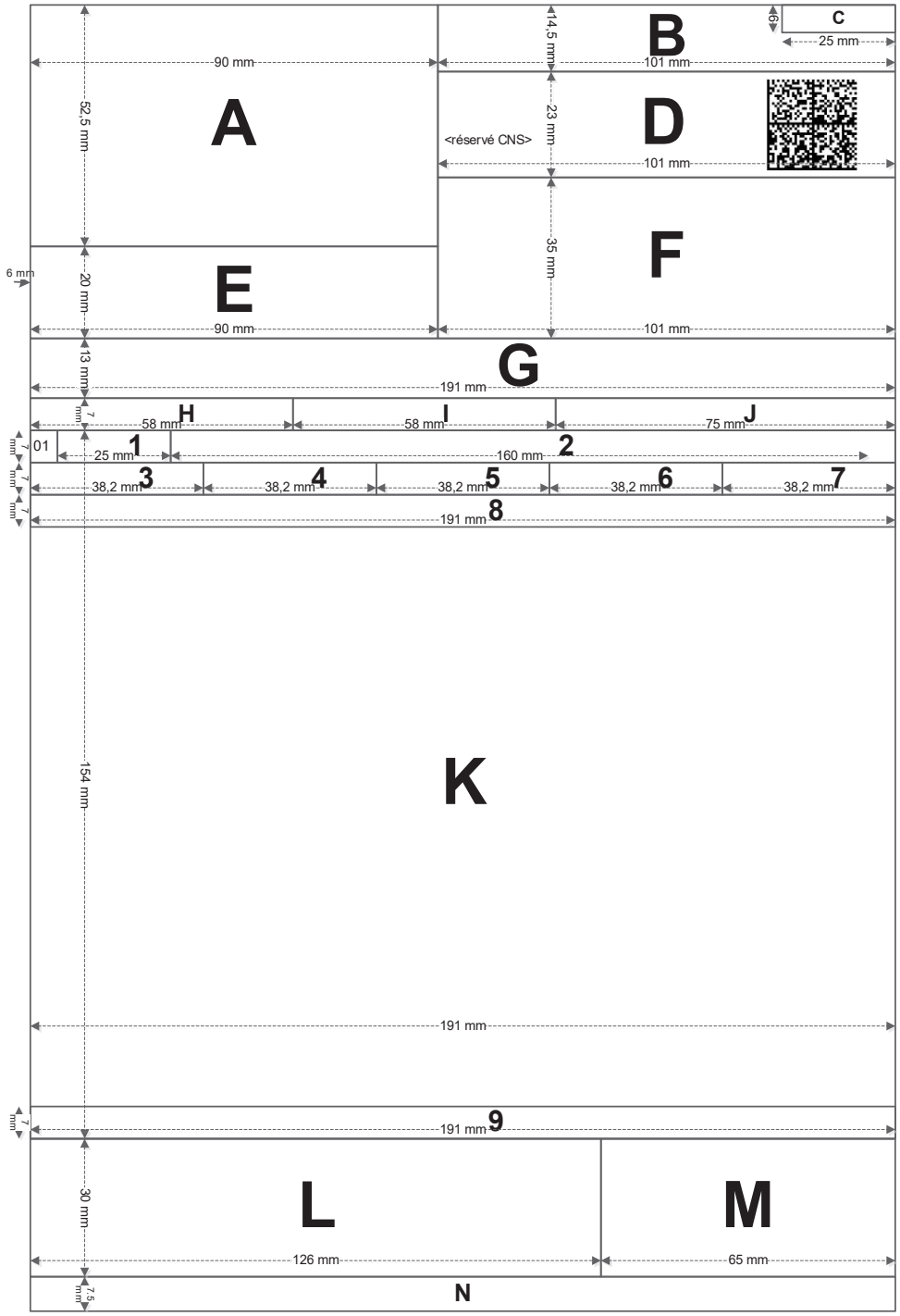

6
O
83 mm
P
83 mm
C
240,5 mm
K
30 mm
L
M
126 mm
65 mm
7,5
N

Les zones L, M et N sont identiques à celles prévues sur la première page de l'ordonnance.

K	191,0*240,5	Arial 9	Zone de prescription*	Cette zone est réservée au prestataire pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 15 à 27. Chaque prescription distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une prescription valable d'actes, services ou fournitures.
O	83,0*6,0	Arial 9	N° d'ordonnance*	Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages. 10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
P	83,0*6,0	Arial 9	Matricule patient*	Champ applicable si ordonnance sur plusieurs pages. 13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA

Section 2 : Types d'ordonnances médicales

Art. 15. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
4
5
6
7
8
9
01
<réservé CNS>
90 mm
101 mm
25 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
160 mm
38,2 mm
154 mm
126 mm
65 mm
30 mm
7,5 mm
7 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	38,2*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	38,2*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jours(s) / semaine(s) / mois)
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	191,0*7,0	Arial 9	Justification médicale	Obligatoire dans les cas où la nomenclature l'exige.
9	191,0*7,0	Arial 9	Examen(s) réalisé(s) à des fins scientifiques	La case est à cocher si les examens sont réalisés à des fins scientifiques.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

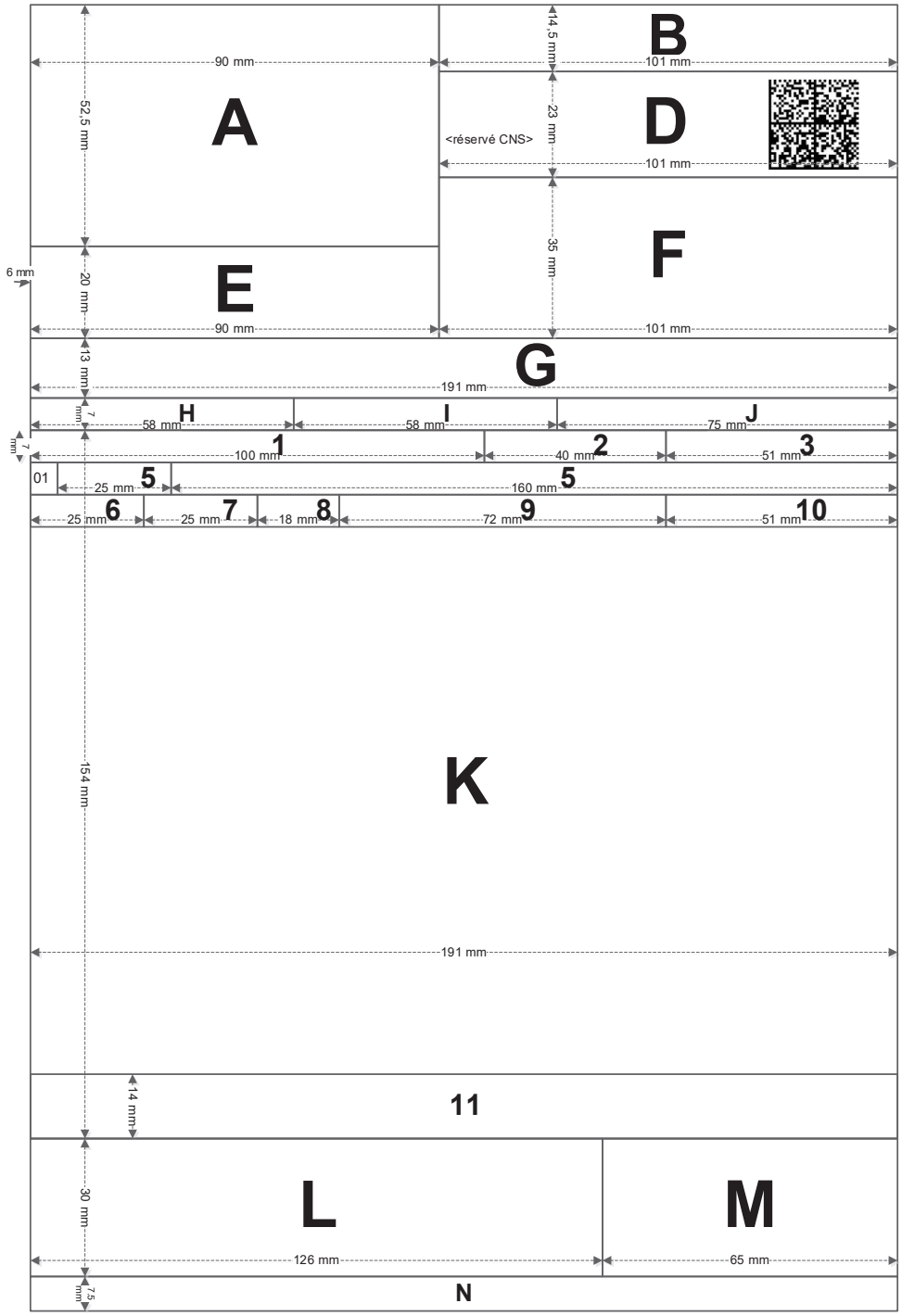
Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 16. Dans les cas où le médecin-dentiste établit une « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

1) La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 14 ;
2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;

3) Le code-barres se trouve uniquement sur la première page.

Art. 17. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Kinésithérapie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
3
01
5
5
6
7
8
9
10
K
11
L
M
N
90 mm
101 mm
52.5 mm
14.5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
58 mm
75 mm
100 mm
40 mm
51 mm
25 mm
160 mm
25 mm
25 mm
18 mm
72 mm
51 mm
154 mm
14 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

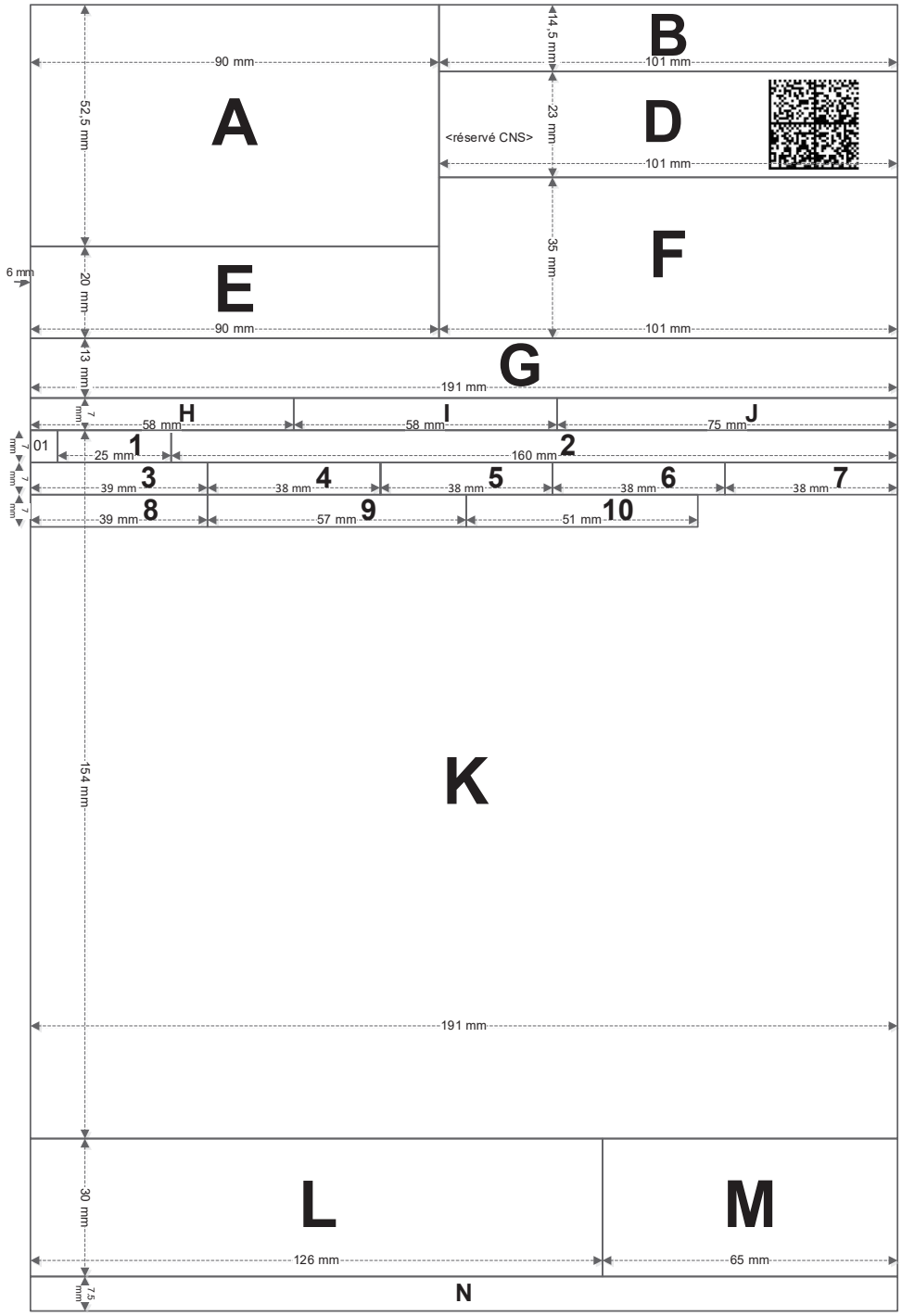
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	100,0*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Pathologie courante 2 - Pathologie lourde 3 - Rééducation post-chirurgicale
2	40,0*7,0	Arial 9	Code pathologie	Obligatoire en cas d'indication d'une pathologie lourde (cf. Annexe G des statuts de la CNS).
3	51,0*7,0	Arial 9	Date intervention	Indication de la date de l'intervention chirurgicale obligatoire en cas de rééducation post-chirurgicale. Date : JJ/MM/AAAA
4	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
5	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
6	25,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre par semaine. Obligatoire en cas de ZK12, pathologie lourde et rééducation post-chirurgicale.
7	25,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre par semaine. Obligatoire en cas de ZK12, pathologie lourde et rééducation post-chirurgicale.
8	18,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Correspond toujours à semaine.
9	72,0*7,0	Arial 9	Partie(s) du corps	Indication obligatoire d'une partie du corps en cas de ZK10. Indication obligatoire d'au moins deux parties du corps en cas de ZK11. (cf. Annexe G des statuts de la CNS)
10	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.

11	191,0*7,0	Arial 8	Disclaimer*	Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, l'ordonnance médicale doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé dans le délai de 31 jours à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Afin d'assurer un traitement rapide, la validation est idéalement demandée par le masseur-kinésithérapeute.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 18. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des orthophonistes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Orthophonie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

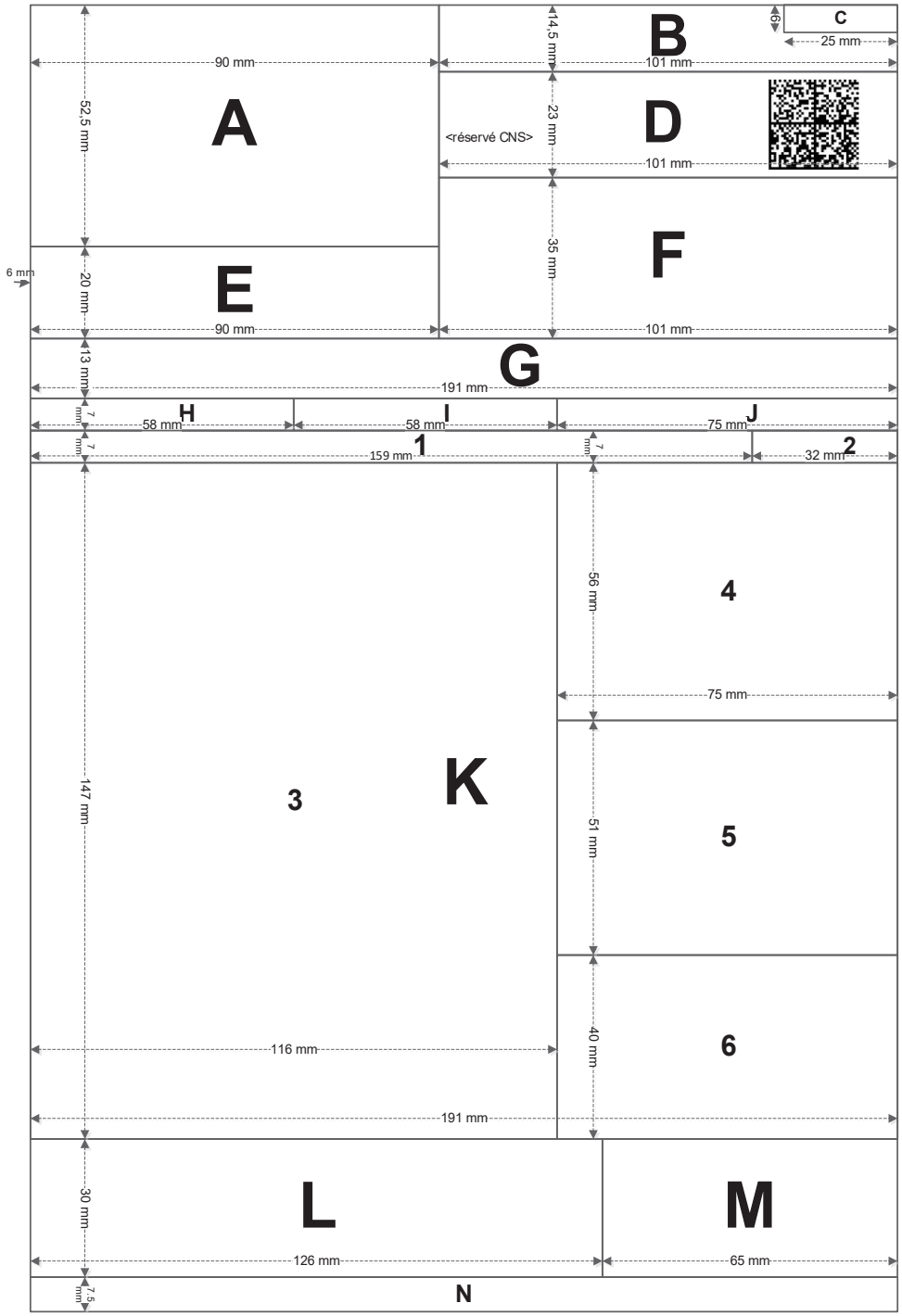

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
39 mm
38 mm
57 mm
51 mm
154 mm
191 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des orthophonistes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	160,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services des orthophonistes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	39,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	38,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	38,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	38,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jours(s) / semaine(s) / mois)
7	38,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	39,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.
9	57,0*7,0	Arial 9	Date début de l'affection	JJ/MM/AA
10	51,0*7,0	Arial 9	Diagnostic médical	Code(s) ICD10

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 19. Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
4
5
6
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
25 mm
<réservé CNS>
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
159 mm
32 mm
56 mm
147 mm
51 mm
116 mm
40 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	159,0*7,0	Arial 9, en capitales	Particularité	1 - URGENCE 2 - NUIT / NOCTU 3 - PRÉVENTIF
2	32,0*7,0	Arial 9	Heure	Heure : hh:mm
3	116,0*147,0	Arial 9	Code ou Numéro	Numéro national de la liste positive ou des fichiers B ou code tarif des fichiers B de l'annexe A des statuts de la CNS, à l'exclusion du fichier B6. Obligatoire si champ « Dénomination » n'est pas rempli.
			Dénomination*	Dénomination abrégée de la liste positive ou nom commercial ou collectif des fichiers B de l'annexe A des statuts de la CNS, à l'exclusion du fichier B6, ou dénomination commune internationale. Obligatoire si champ « Code ou Numéro » n'est pas rempli. A défaut, texte libre.
			Dosage	En mg, g, UI, … si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination pour le médicament.
			Forme pharmaceutique	Comprimé, sirop, crème, … si ce n'est pas spécifié au niveau de la dénomination pour le médicament.
			Quantité prescrite	Quantité totale du produit prescrit
			Unité prescrite	Forme / Unité prescrite (boîte(s), flacon(s), comprimé(s), pansement(s), …)
			Quantité par administration	Nombre d'unités par administration
			Unité par administration	Type d'unité par administration (comprimé, ml, pansement, …)
			Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
			Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
			Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)

			Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
			Posologie	À remplir si fréquence et durée ne sont pas utilisables. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
			Motivation médicale	À remplir si les statuts de la CNS l'exigent. Si cette zone n'est pas remplie, elle ne figure pas sur l'ordonnance médicale.
4	56,0*75,0	Arial 8	Grille destinée à l'enregistrement des délivrances successives des médicaments	Cette zone est réservée à la pharmacie pour l'inscription des délivrances successives de médicaments délivrés.
	18,0*7,0		Date	Dates de délivrance respectives dans la colonne « Date ».
	9,0*7,0		P. ord.	Quantité totale, puis Dél. 1 - Dél. 6 dans la colonne « P. ord ».
	8,0*7,0		1-6	Quantités délivrées respectives dans les colonnes 1- 6.
5	75,0*58,0	Arial 7	Prestation délivrée / Date	Cette zone est réservée aux prestataires exécutant l'ordonnance.
6	75,0*40,0	Arial 7	Réservé à la Caisse de maladie / Visa Contrôle médical de la sécurité sociale	Cette zone est réservée à la caisse de maladie compétente ou au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Les indications prévues au tableau ci-dessus se répètent par médicament, aliment médical ou dispositif médical prescrit.

Le médecin-dentiste doit faire précéder chaque médicament, aliment médical ou dispositif médical d'un numéro d'ordre, ne pouvant dépasser six numéros d'ordre par page.

Par dérogation à ce qui précède et dans le cadre de la prescription d'une prothèse, épithèse ou orthèse, les zones 1, 2, 4 et 5 comprises dans la zone K ne sont pas remplies et la zone 3 comprise dans la zone K est complétée par un texte libre et, le cas échéant, par la motivation médicale.

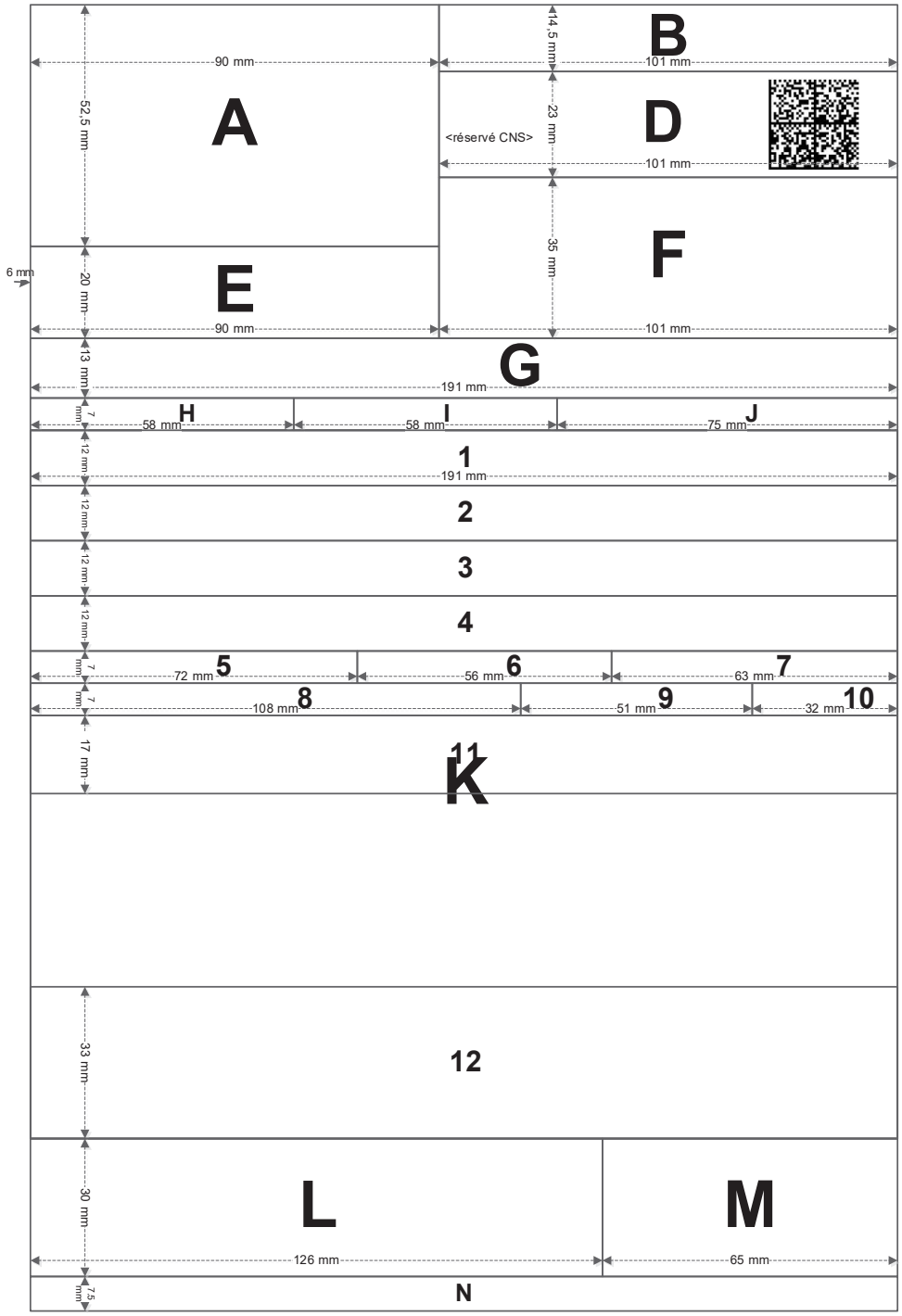
Art. 20. Dans les cas où le médecin-dentiste établit une « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » sur plusieurs pages, les spécifications suivantes s'appliquent :

1° la mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages est définie à l'article 14 ;
2° ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;

3° le code-barres se trouve uniquement sur la première page.

Dans la zone 4, les quantités délivrées respectives dans les colonnes 1 à 6 se reportent aux colonnes 7 à 12 sur la deuxième page, puis aux colonnes 13 à 18 sur la troisième page, et ainsi de suite.

Art. 21. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport en série, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport en série » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

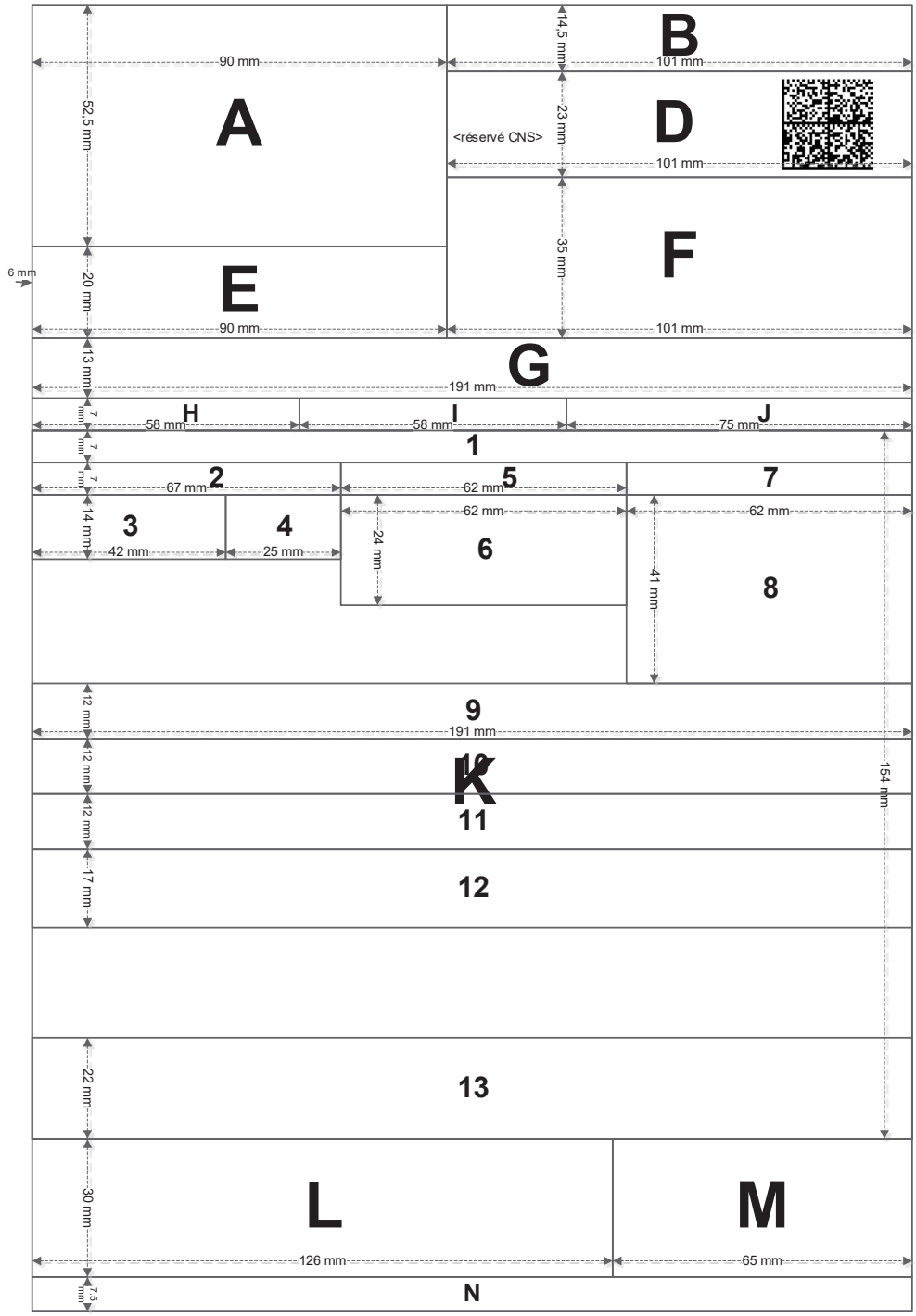

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
K
12
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
12 mm
72 mm
56 mm
63 mm
108 mm
51 mm
32 mm
17 mm
33 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*12,0	Arial 9	Nom de l'établissement*	Indication du nom de l'établissement dans lequel le patient recevra le traitement.
2	191,0*12,0	Arial 9	Adresse de l'établissement	Indication de l'adresse de l'établissement si celui-ci se trouve en dehors du Grand-Duché de Luxembourg.
3	191,0*12,0	Arial 9	Diagnostic*	Indication du diagnostic médical.
4	191,0*12,0	Arial 9	Traitement envisagé*	Indication de la nature du traitement envisagé.
5	72,0*7,0	Arial 9	Durée prévisible du traitement*	Indication du nombre de mois.
6	56,0*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Ambulatoire 2 - Stationnaire
7	63,0*7,0	Arial 9	Prolongation	À cocher en cas de prolongation du traitement ou des transports y liés.
8	36,0*7,0	Arial 9 Bold	Moyen de transport	Titre
	36,0*7,0	Arial 9	Aller*	Type du moyen de transport utilisé pour le trajet aller : 1 - Taxi 2 - Ambulance
	36,0*7,0	Arial 9	Retour*	Type du moyen de transport utilisé pour le trajet retour : 1 - Taxi 2 - Ambulance Obligatoire en cas de retour.
9	51,0*7,0	Arial 9	Fréquence*	Fréquence de transports (par semaine ou par mois).
10	32,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence *	Intervalle de la fréquence : 1 - semaine 2 - mois
11	191,0*17,0	Arial 9	Justification médicale*	Indication de la justification médicale pour la prescription.
12	191,0*33,0	Arial 7	Disclaimer*	**Note à l'attention du prescripteur :** Le transport en ambulance est pris en charge uniquement si une position allongée ou demi-assise est médicalement indispensable. Le transport en taxi est pris en charge uniquement dans les cas où le transport public en commun n'est pas approprié du point de vue médical.

				La présente demande doit servir à l'émission du titre de prise en charge des frais de transport en ambulance terrestre / taxi pour des personnes bénéficiant d'un traitement médical répété et programmé d'avance, notamment pour des traitements de radiothérapie, chimiothérapie, hémodialyse, rééducation et réadaptation fonctionnelles, etc. Elle doit être établie par le prestataire en charge du traitement médical en série et doit être adressée préalablement au commencement du traitement à la Caisse nationale de santé à l'adresse suivante : L-2980 Luxembourg. En cas de nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin-dentiste émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Art. 22. Dans le cadre d'une demande de prise en charge par l'assurance maladie-maternité des frais de transport simple en ambulance, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

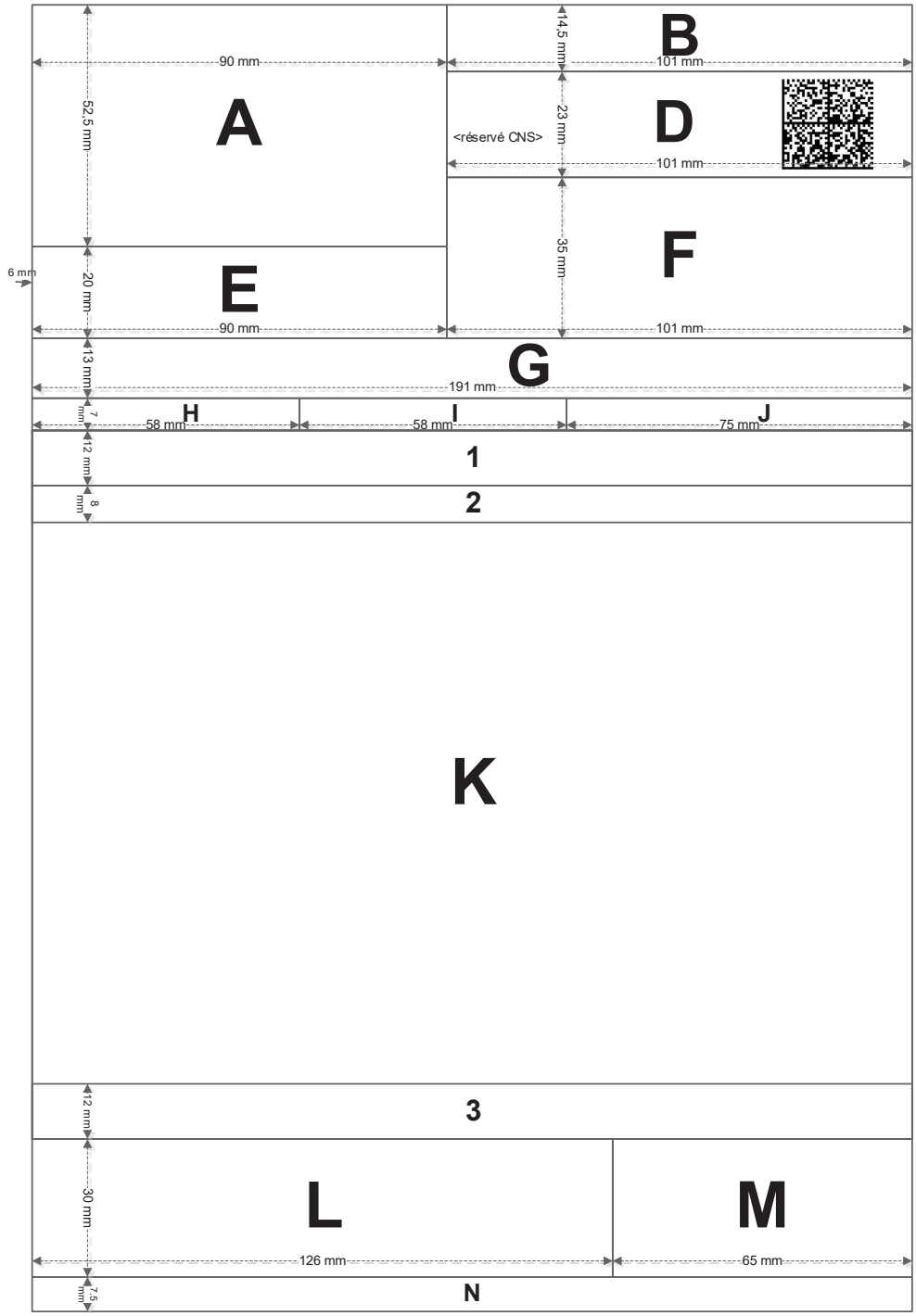

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
K
11
12
13
L
M
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
67 mm
62 mm
14 mm
42 mm
25 mm
24 mm
41 mm
12 mm
154 mm
17 mm
22 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9	Date du transport (si connue)	Indication de la date du transport si connue. Date : JJ/MM/AAAA
2	67,0*7,0	Arial 9 Bold	Type de transport	Titre
3	42,0*7,0 42,0*7,0	Arial 9	Localisation du transport*	Indication de la localisation du transport : 1 - à l'intérieur du pays 2 - à l'étranger
4	25,0*7,0 25,0*7,0	Arial 9	Type de trajet*	Indication du type de trajet : 1 - aller 2 - aller/retour (valable seulement si les 2 trajets ont lieu le même jour)
5	62,0*7,0	Arial 9 Bold	Départ	Titre
6	62,0*7,0 62,0*7,0 62,0*10,0	Arial 9	Lieu de départ*	Indication du lieu de départ du transport : 1 - lieu de séjour habituel 2 - hôpital luxembourgeois 3 - atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur
7	62,0*7,0	Arial 9 Bold	Arrivée	Titre
8	62,0*7,0 62,0*7,0 62,0*10,0 62,0*10,0 62,0*7,0	Arial 9	Lieu d'arrivée*	Indication du lieu d'arrivée du transport : 1 - lieu de séjour habituel 2 - hôpital luxembourgeois 3 - atelier spécialisé pour l'adaptation d'une première prothèse de membre inférieur 4 - établissement d'accueil pour personnes en fin de vie 5 - clinique étrangère
9	191,0*12,0	Arial 9	Adresse du lieu de séjour habituel*	Indication de l'adresse du lieu de séjour habituel de la personne protégée.
10	191,0*12,0	Arial 9	Nom de l'établissement*	Indication du nom de l'établissement dans lequel le patient recevra le traitement.
11	191,0*12,0	Arial 9	Adresse de l'établissement	Indication de l'adresse de l'établissement si celui-ci se trouve en dehors du Luxembourg.
12	191,0*17,0	Arial 9	Raisons médicales	Indication des raisons médicales pour lesquelles un transport en position allongée ou demi-assise est indispensable lorsque le transport a lieu à l'étranger.

13	191,0*22,0	Arial 7	Disclaimer*	(1) En sélectionnant « à l'intérieur du pays », le prestataire certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou demi-assise est indispensable. (2) Lorsque le prestataire sélectionne « à l'étranger », il doit indiquer dans la rubrique « Raisons médicales » les raisons médicales pour lesquelles le transport en position allongée ou demi-assise est indispensable. (3) A remplir impérativement lorsque le transport a lieu à l'étranger. En cas de nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin-dentiste émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

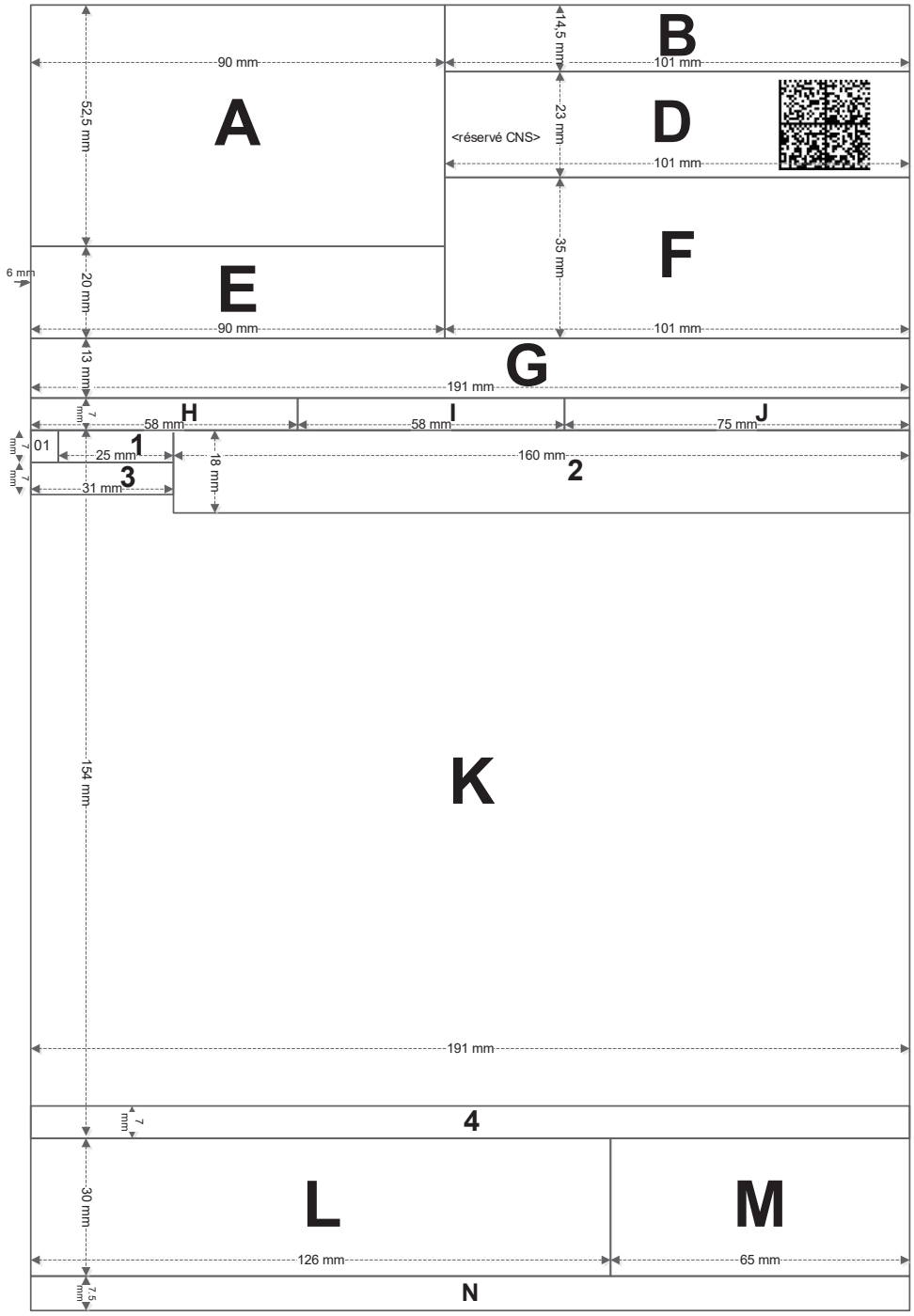
Art. 23. Dans le cadre de la prescription d'une désinfection pour transport en ambulance, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
K
3
L
M
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
23 mm
101 mm
6 mm
20 mm
90 mm
35 mm
101 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
58 mm
75 mm
12 mm
8 mm
12 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*12,0	Arial 9	Raisons médicales*	Texte libre
2	191,0*8,0	Arial 9	Type de transport*	1 - simple 2 - en série
3	191,0*12,0	Arial 7	Disclaimer*	La désinfection de l'ambulance est prise en charge pendant 1 mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Au-delà de cette période, en cas de prolongation de la nécessité d'une désinfection de l'ambulance, le médecin-dentiste émet une nouvelle ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

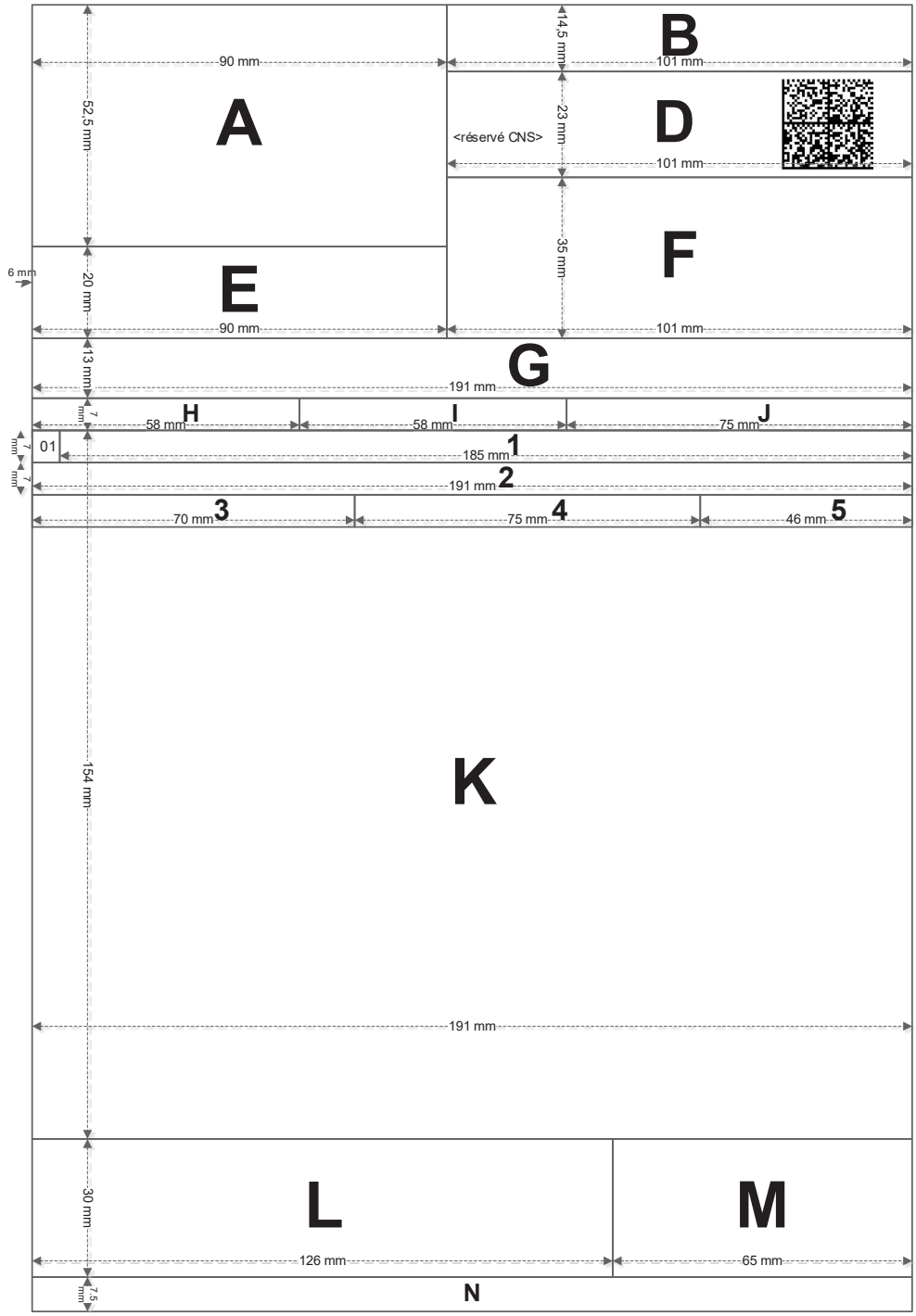
Art. 24. Dans le cadre de la demande d'un rapport DR1 au médecin traitant conformément au code DR1 figurant à la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport DR1 au médecin traitant » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
K
4
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
20 mm
35 mm
6 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
31 mm
18 mm
154 mm
7 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Acte prescrit, précédé du numéro d'ordre « 01 »*	Indication d'office : « Acte : DR1 ».
2	160,0*18,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit*	Indication d'office : « Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen complet de la région maxillo-faciale, - les résultats d'examens complémentaires, - les traitements faits et les propositions de traitement ultérieur ».
3	31,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Correspond d'office à « 1 ».
4	191,0*7,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Par la présente, je vous adresse ce(tte) patient(e) pour avis.

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

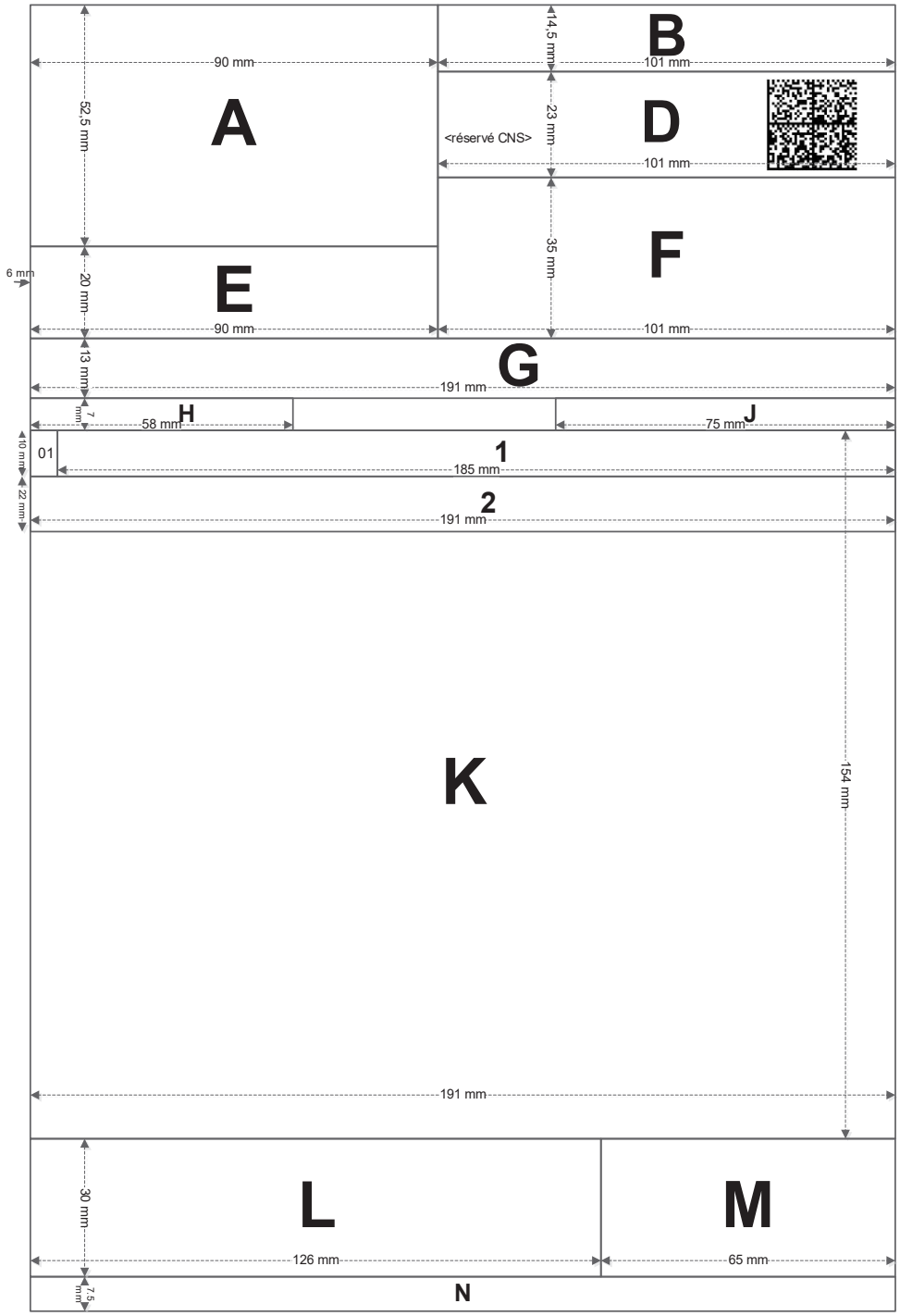
Art. 25. Dans le cadre de la demande d'un traitement parallèle, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
185 mm
70 mm
46 mm
154 mm
126 mm
65 mm
30 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*7,0	Arial 9	Nom du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle, précédé du numéro d'ordre « 01 »*	Nom du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle.
2	191,0*7,0	Arial 9	Code prestataire du prestataire appelé à effectuer le traitement parallèle*	8 positions, code attribué par la CNS. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
3	70,0*7,0	Arial 9	Date de début du traitement parallèle*	Date : JJ/MM/AAAA
4	75,0*7,0	Arial 9	Durée approximative du traitement parallèle*	Nombre
5	46,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois

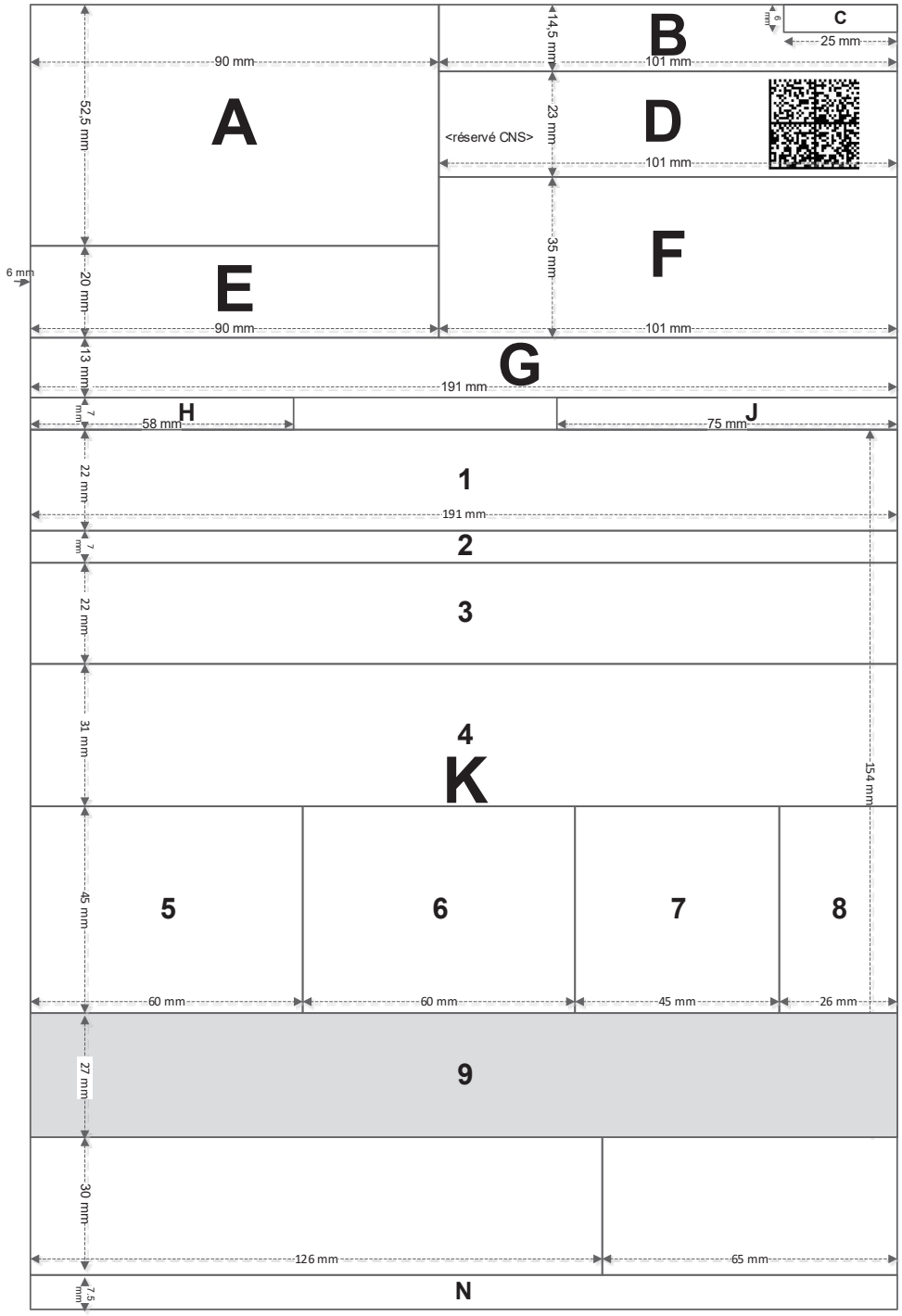
Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

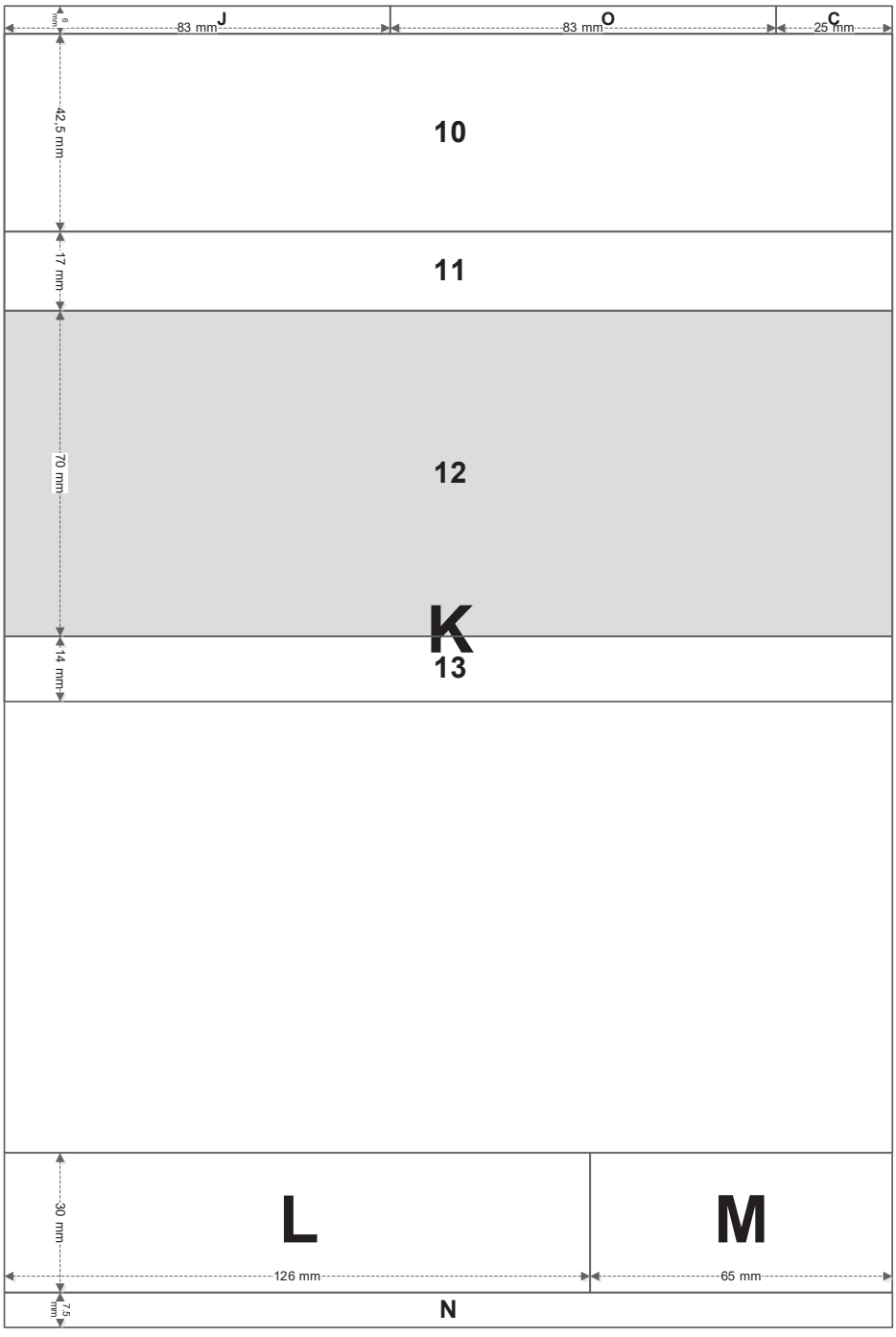
Art. 26. Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient au Grand-Duché de Luxembourg conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
90 mm
52,5 mm
B
14,5 mm
101 mm
<réservé CNS>
D
23 mm
101 mm
F
35 mm
101 mm
6 mm
E
20 mm
90 mm
13 mm
G
191 mm
7 mm
H
58 mm
J
75 mm
10 mm
01
1
185 mm
22 mm
2
191 mm
K
154 mm
191 mm
30 mm
L
126 mm
M
65 mm
7,5 mm
N

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*10,0	Arial 9	Indication de la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé	Si le prestataire souhaite indiquer la spécialité médicale vers laquelle le transfert est demandé, il utilise la terminologie du règlement grand-ducal modifié du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.
2	191,0*12,0	Arial 7	Disclaimer*	Pour les médecins-dentistes : « La présente demande de transfert du patient vaut ordonnance de transfert conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 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 ».

Art. 27. Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
J
1
2
3
4
K
5
6
7
8
9
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
6 mm
25 mm
<réservé CNS>
23 mm
35 mm
20 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
22 mm
31 mm
154 mm
45 mm
60 mm
26 mm
27 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm


8 mm
J
83 mm
O
83 mm
C
25 mm
42,5 mm
10
17 mm
11
70 mm
12
K
14 mm
13
30 mm
L
126 mm
M
65 mm
7,5 mm
N

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*22,0	Arial 9	Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger*	Vérifier l'actualité des coordonnées.
2	191,0*7,0	Arial 9	Diagnostic précis*	Moyennant codification ICD10 (ou plus récente).
3	191,0*22,0	Arial 9	Equipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux	Indication du type d'équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières telles que définies à l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière : Indication du code : 01 - Equipement de coronarographie par cathétérisme 02 - Ensemble de dispositifs de radiothérapie 03 - Tomographe à émission de positrons 04 - Caisson d'oxygénothérapie hyperbare 05 - Equipement de lithotritie extracorporelle 06 - Prone-table 07 - Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire 08 - Equipements servant à la fécondation in-vitro 09 - Equipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoiétiques 10 - Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA 11 - Tomographe à résonance magnétique nucléaire 12 - Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire

				13 - Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies ou des angiographies digitalisées ou des cathétérismes vasculaires 14 - Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons 15 - Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques 16 - Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse 17 - Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle 18 - Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG ou pour la polysomnographie 19 - Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale 20 - Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur 21 - Équipement de mammographie
4	191,0*31,0	Arial 9	Motivation médicale + Rapport médical	Exposition des faits et critères justifiant le traitement. Case « Rapport médical en annexe » à cocher si rapport médical joint.
5	60,0*45,0	Arial 9	Nature du traitement*	Indication de la nature du traitement prescrit. A cocher ce qui convient : Consultation Examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.) Traitement ambulatoire Traitement stationnaire Cure thermale
6	60,0*45,0	Arial 9	Date prévue du début (si connue)	Date : JJ/MM/AAAA
7	45,0*45,0	Arial 9	Durée probable du traitement*	Nombre
8	26,0*45,0	Arial 9	Intervalle de la durée*	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
9	191,0*27,0	Arial 9	Disclaimer « Moyen de transport »*	En cas de demande pour un transport en série ou pour un transport simple et non-urgent en ambulance, veuillez s.v.p. joindre une ordonnance médicale au présent

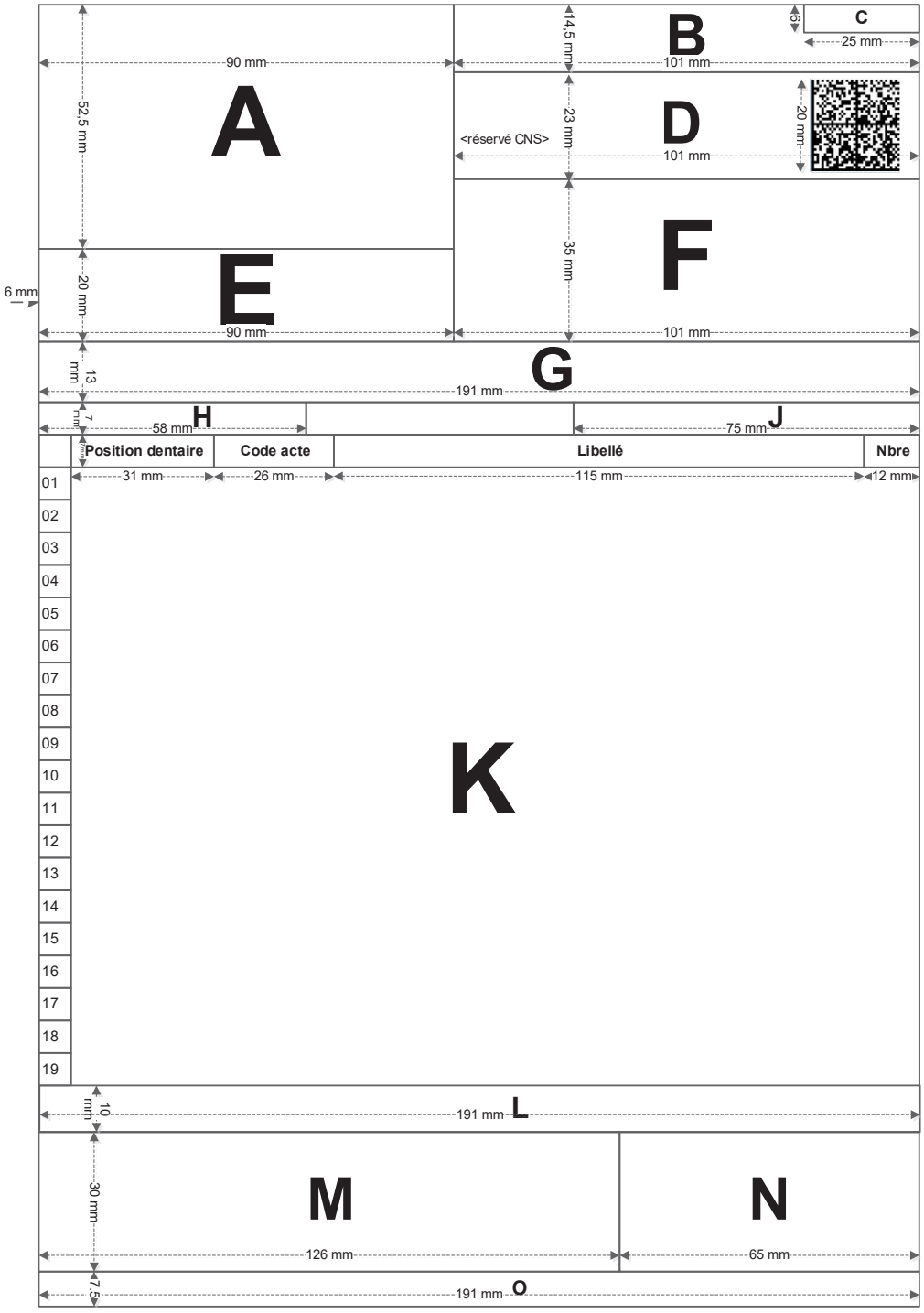
				formulaire conformément aux dispositions prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1ère partie des statuts de la Caisse nationale de santé. La case « Ordonnance médicale demandant un mode de transport autre que le transport public » est à cocher si ordonnance médicale jointe.
10	191,0*42,5		Indication « Attestation médicale »*	A cocher ce qui convient, conformément à l'article 24 du règlement grand-ducal : a) Par sa signature, le médecin-dentiste atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée 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 sa maladie. b) Par sa signature, le médecin-dentiste atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée 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 sa maladie. La demande émane de la demande expresse de la personne protégée qui souhaite se rendre à l'étranger pour la dispensation des prestations en question. c) Par sa signature, le médecin-dentiste atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée sont directement liées à un suivi d'un traitement initié auprès du prestataire étranger repris sous le point n°1 ci-avant et opposable à l'assurance maladie, et sont envisagées dans le cadre du suivi de ce traitement.
11	191,0*17,0	Arial 9	Justification de l'urgence médicale	Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin-dentiste justifie l'urgence sur l'ordonnance remise au contrôle médical. Texte libre.
12	191,0*70,0	Arial 9	Avis administratif / avis médical	Zone réservée à l'administration CNS ou Contrôle médical de la sécurité sociale.
13	191,0*7,0	Arial 8	Disclaimer*	En l'absence de toute transmission numérique de la formule standardisée de

				l' « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger », la présente ordonnance est à envoyer à : 1) CNS - Service « Transfert à l'étranger » L-2980 Luxembourg 2) tae.cns@secu.lu 3) Fax : (+352) 2757 4309

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Chapitre III : Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 28. La mise en page de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale doit correspondre aux modalités suivantes :


A
B
C
D
E
F
G
H
J
K
L
M
N
O
90 mm
101 mm
25 mm
52,5 mm
14,5 mm
6 mm
23 mm
20 mm
<réservé CNS>
35 mm
6 mm
191 mm
58 mm
75 mm
Position dentaire
Code acte
Libellé
Nbre
31 mm
26 mm
115 mm
12 mm
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
126 mm
65 mm

Les zones A, C, E et F sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire*	Le code prestataire du prestataire remplissant la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale (code à 8 positions attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 4 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale*	Le contenu de cette zone correspond à « Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale »
H	58,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement*	Inscription de la date de l'établissement de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale. Date : JJ/MM/AAAA
J	75,0*7,0	Arial 9	N° demande *	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
K		Arial 9 Bold Centré	En-tête colonne zone K	
	7,0*7,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	31,0*7,0	Arial 9	Position dentaire	Indication obligatoire de la position dentaire (le cas échéant). Les médecins-dentistes inscrivent les dents traitées suivant la numérotation et codification détaillées à l'article 8.
	26,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit *	Indication du code acte que le médecin-dentiste se propose de réaliser dans le cadre de sa demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale. Chaque indication distincte est précédée d'un numéro d'ordre chronologique. Sur la présente demande, le médecin-dentiste indique l'ensemble des codes actes qu'il se propose de réaliser.
	115,0*7,0	Arial 9	Libellé	Libellé de l'acte.

	12,0*7,0	Arial 9	Nbre *	Indication du nombre de fois qu'il est prévu de prester la position.
L	191,0*10,0	Arial 9	Prothèse provisoire	A cocher : Indication au Contrôle médical de la sécurité sociale que la demande en question concerne un traitement provisoire
M	126,0*30,0	Arial 9	Remarque(s)	Texte libre à destination de la personne protégée
N	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire	
O	191,0*7,5	Arial 7 Centré	Mention légale*	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/. »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Avant toute appréciation médicale des demandes d'autorisations au Contrôle médical de la sécurité sociale par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'organisme compétent vérifie si les délais et autres conditions statutaires sont remplis du point de vue administratif. Dans la négative, le refus motivé est retourné à qui de droit avec la décision administrative qui s'impose.

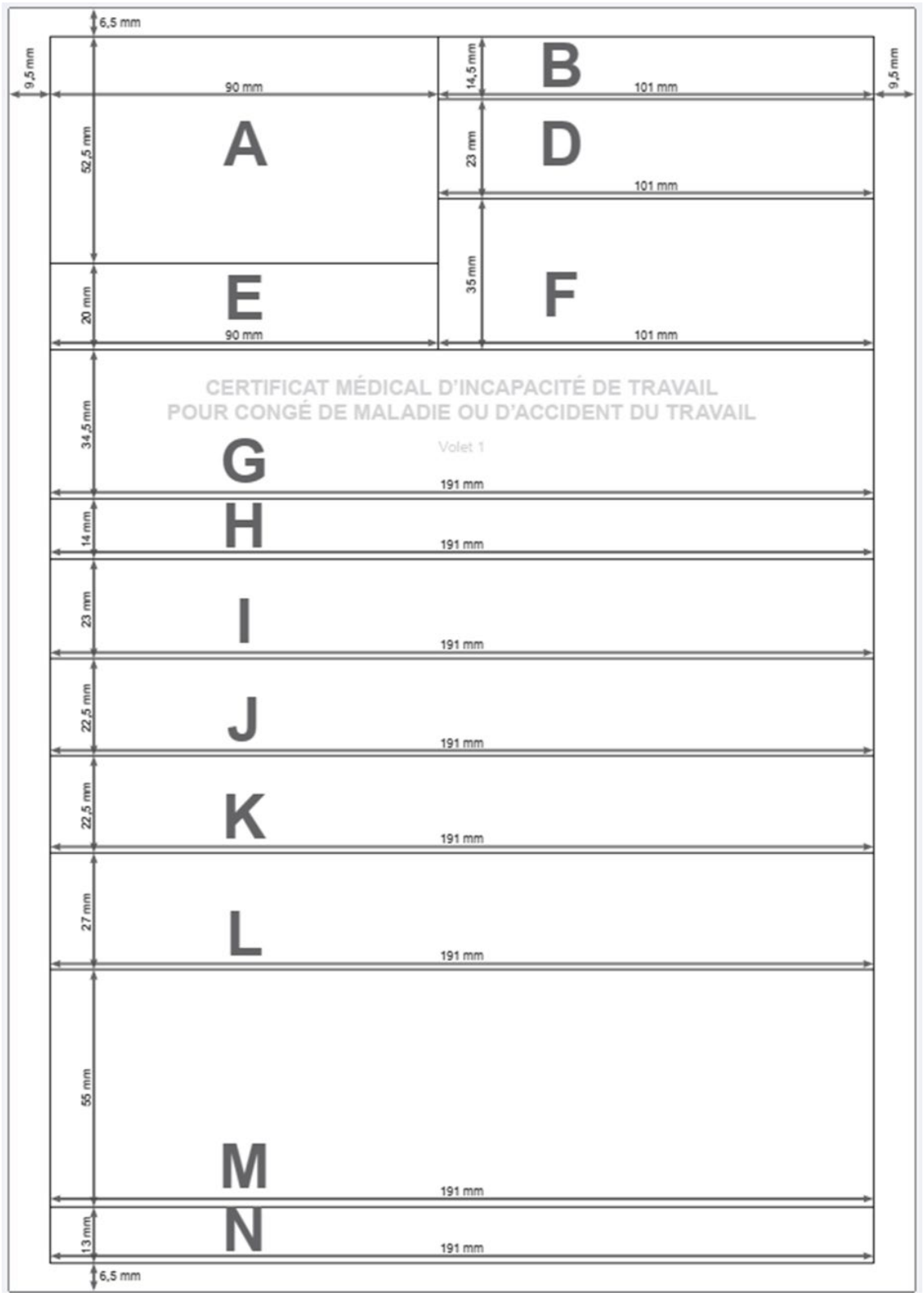
Art. 29. Dans les cas où le prestataire établit une demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale sur plusieurs pages, comportant chacune dix-neuf lignes, les spécifications suivantes s'appliquent :

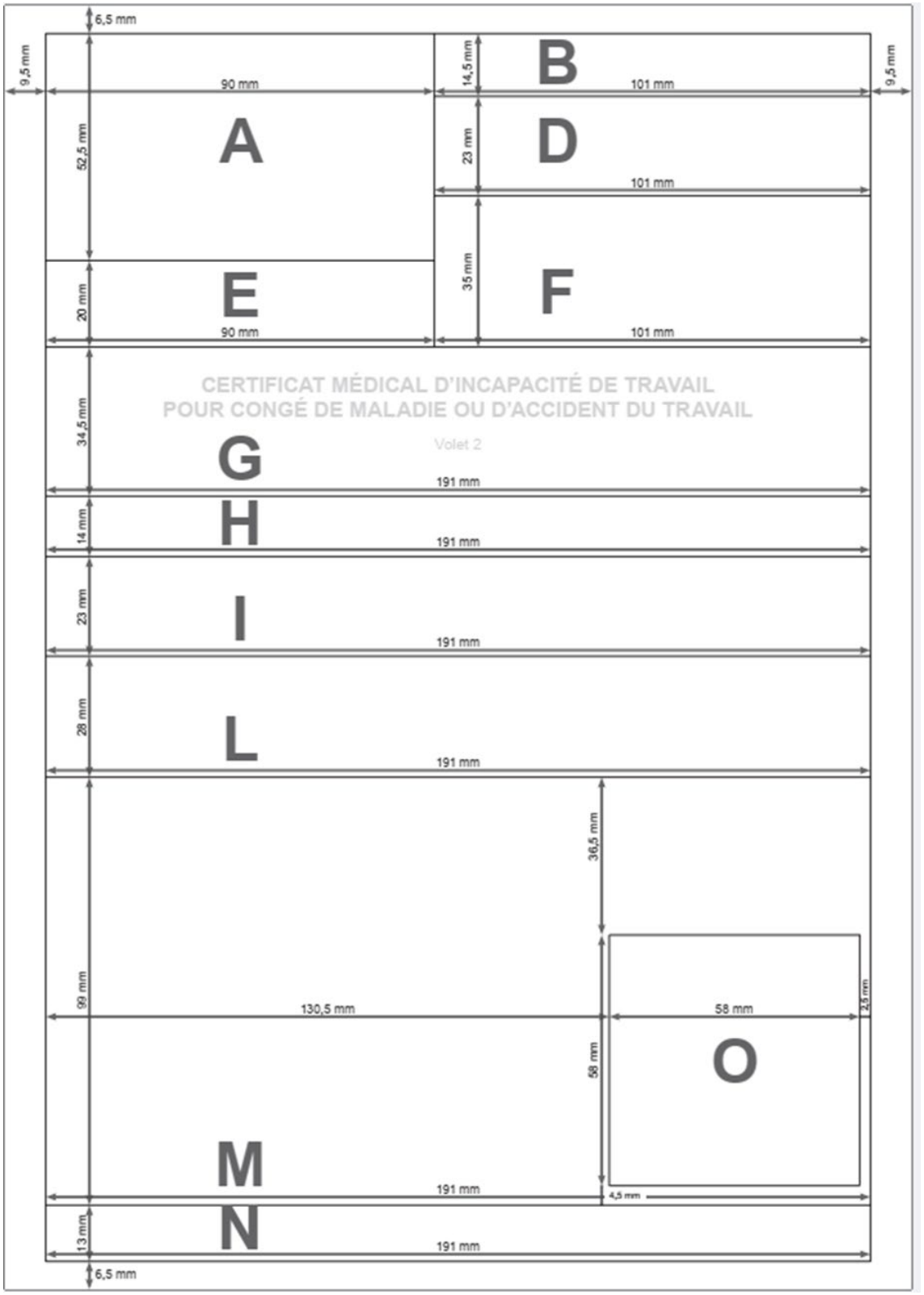
1° les pages suivant la première page ont la même structure que la première page définie à l'article 28 ;
2° ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;
3° le code-barres se trouve uniquement sur la première page ;
4° les zones L, M et N figurent uniquement sur la dernière page.

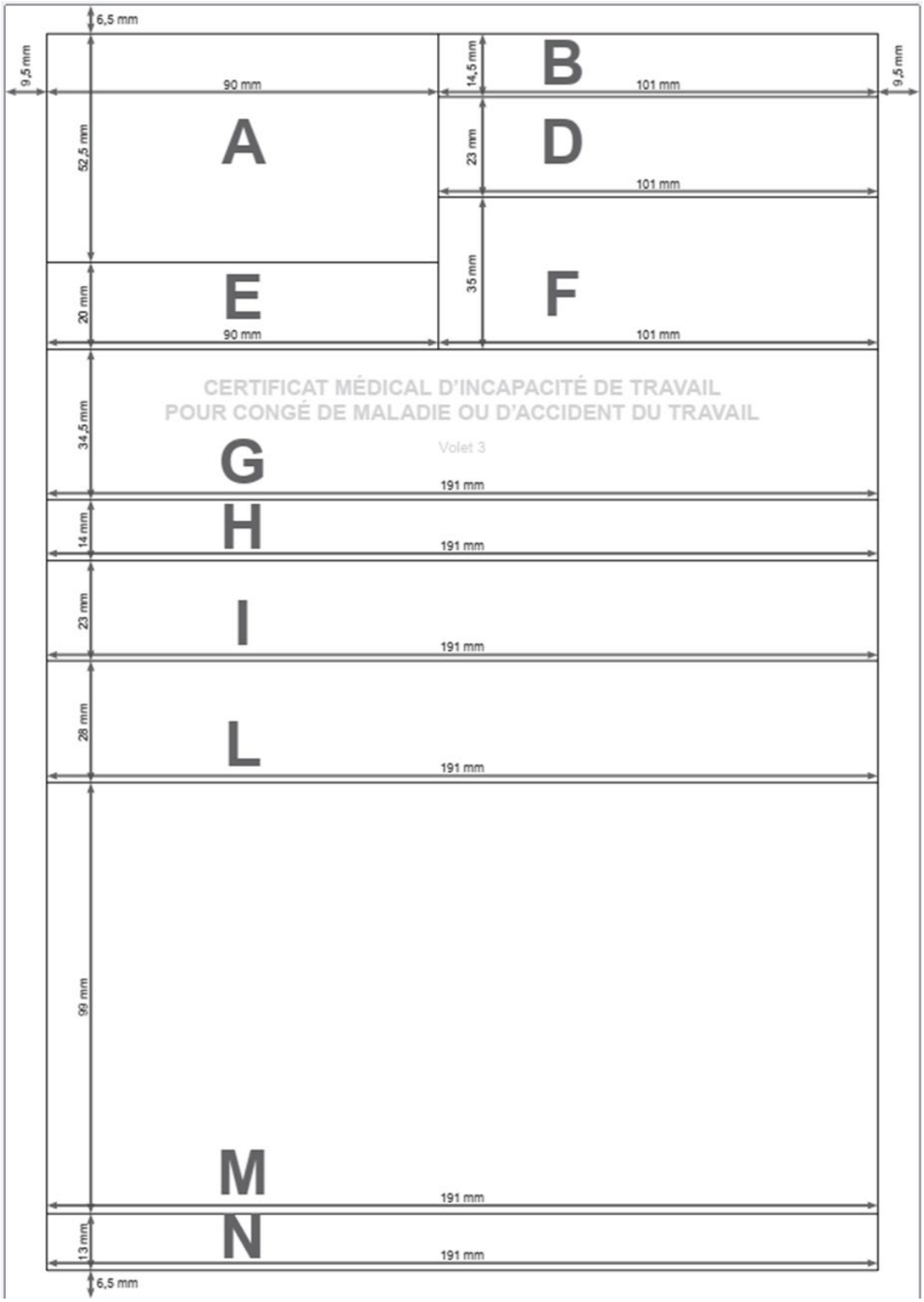
Chapitre IV : Certificats d'incapacité de travail

Section 1re : Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail

Art. 30. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail, le médecin-dentiste utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
A
52,5 mm
14,5 mm
B
101 mm
9,5 mm
23 mm
D
101 mm
35 mm
F
20 mm
E
90 mm
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL
Volet 1
34,5 mm
G
191 mm
14 mm
H
191 mm
23 mm
I
191 mm
22,5 mm
J
191 mm
22,5 mm
K
191 mm
27 mm
L
191 mm
55 mm
M
191 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
52,5 mm
A
14,5 mm
B
101 mm
9,5 mm
23 mm
D
101 mm
20 mm
E
90 mm
35 mm
F
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL
Volet 2
34,5 mm
G
191 mm
14 mm
H
191 mm
23 mm
I
191 mm
28 mm
L
191 mm
36,5 mm
99 mm
130,5 mm
58 mm
2,5 mm
58 mm
O
M
191 mm
4,5 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
14,5 mm
B
101 mm
9,5 mm
52,5 mm
A
23 mm
D
101 mm
35 mm
20 mm
E
F
90 mm
101 mm
34,5 mm
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL
Volet 3
G
191 mm
14 mm
H
191 mm
23 mm
I
191 mm
28 mm
L
191 mm
99 mm
M
191 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm

Volet 1 :

Les zones A et E sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire*	Le code prestataire du prestataire remplissant le CIT (8 positions, code attribué par la CNS).
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 5 (20mm*20mm)
F	101,0*35,0	Arial 11	NOM assuré(e) Prénom assuré(e) Adresse assuré(e) 1ère ligne Adresse assuré(e) 2e ligne Adresse assuré(e) 3e ligne	« Patient : » NOM et prénom de la personne protégée Numéro et rue de la personne protégée
			Adresse assuré(e) 4e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays - code postal - Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal - Localité
			Adresse assuré(e) 5e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Nombre volet : Arial 10 Centré	Intitulé du CIT* Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » « Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente(1) »
H	191,0*14,0	Arial 11 Bold Centré	Disclaimer*	« Le patient mentionné ci-dessus a été examiné par le prestataire soussigné et a été trouvé incapable de travailler : »
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».

				Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ».
J	191,0*22,5	Arial 11	Code diagnostic et autres informations y relatives*	Si le patient se trouve dans l'un des cas repris au point (2), le prestataire coche (x) la case « OUI » et il indique le numéro du cas concerné (1, 2 ou 3). Si plusieurs cas s'appliquent, le prestataire indique le cas principalement concerné. Dans le cas contraire, le prestataire coche (x) la case « NON ».
K	191,0*22,5	Arial 11	Fait d'un tiers*	« Le patient déclare que l'incapacité de travail est la conséquence d'un acte d'une tierce personne (ex. violence physique, accident de la circulation, morsure de chien etc.)(3) » Cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». « Date de l'acte de la tierce personne » : JJ/MM/AAAA
L	191,0*27,0	Arial 11	Date d'établissement du CIT et signature du prestataire*	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »
M	191,0*55,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) En cas d'envoi postal par l'assuré à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : **CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg** au plus tard avant l'expiration du 3e jour ouvré d'incapacité de travail. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau formulaire doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses

				données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d'information de la sécurité sociale. « (2) Cas 1 : Radiothérapie ou chimiothérapie classique en cours. Cas 2 : Transplantation d'organe / greffe de moelle il y a moins de 3 mois. Cas 3 : Patient hospitalisé depuis 3 semaines en continu à la date du certificat. (3) Veuillez dire au patient de remplir le formulaire y relatif disponible sur : www.cns.lu. **Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du certificat réservées au prestataire, ce sous peine de sanctions et de nullité du certificat.** »
N	191,0*13,0	Arial 7 Centré	Mention légale	« La CNS traite vos données pour la gestion de vos prestations de sécurité sociale. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/»

Volet 2 :

Les zones A et E sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires. Les zones B, F, H, L et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail. Les zones J et K sont supprimées. Une zone O est ajoutée. Les zones D, G, I et M sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Zone libre

G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Nombre volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » « Volet 2 à transmettre à l'employeur ».
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI (1) » ou la case « NON (2)».
M	191,0*99,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Les sorties sont autorisées à partir du 6ème jour entre 10.00 et 12.00 heures et entre 14.00 et 18.00 heures et pour toute sortie indispensable pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin-dentiste ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. (2) A l'exception des sorties indispensables pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin-dentiste ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. » L'assuré est tenu de fournir à la Caisse de maladie compétente son adresse exacte où il séjourne pendant son incapacité de travail si celle-ci diffère de son adresse habituelle via : www.cns.lu. En cas de séjour dans un pays différent de celui où l'assuré est domicilié ou affilié, une autorisation préalable de la caisse de maladie compétente est requise.

				L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les assurés déclarés incapables de travailler peuvent être soumis à un contrôle administratif par la CNS entre 8.00 et 21.00 heures à leur domicile ou au lieu où ils séjournent pendant l'incapacité de travail. En cas d'absence, celle-ci devra être justifiée dans les 3 jours ouvrables. Le contrôle peut avoir lieu sans aucune restriction horaire dans les lieux publics. Si l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, l'assuré est prié de remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de l'incapacité de travail. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu. ».
O	58,0*58,0	-	Zone libre	Zone libre pour permettre l'apposition d'un code QR GouvCheck par l'administration

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 3 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail. Seules les zones G, I et M sont modifiées comme suit, et la zone O est supprimée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules	Intitulé du certificat* Nombre Numéro du volet* :	« Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail »

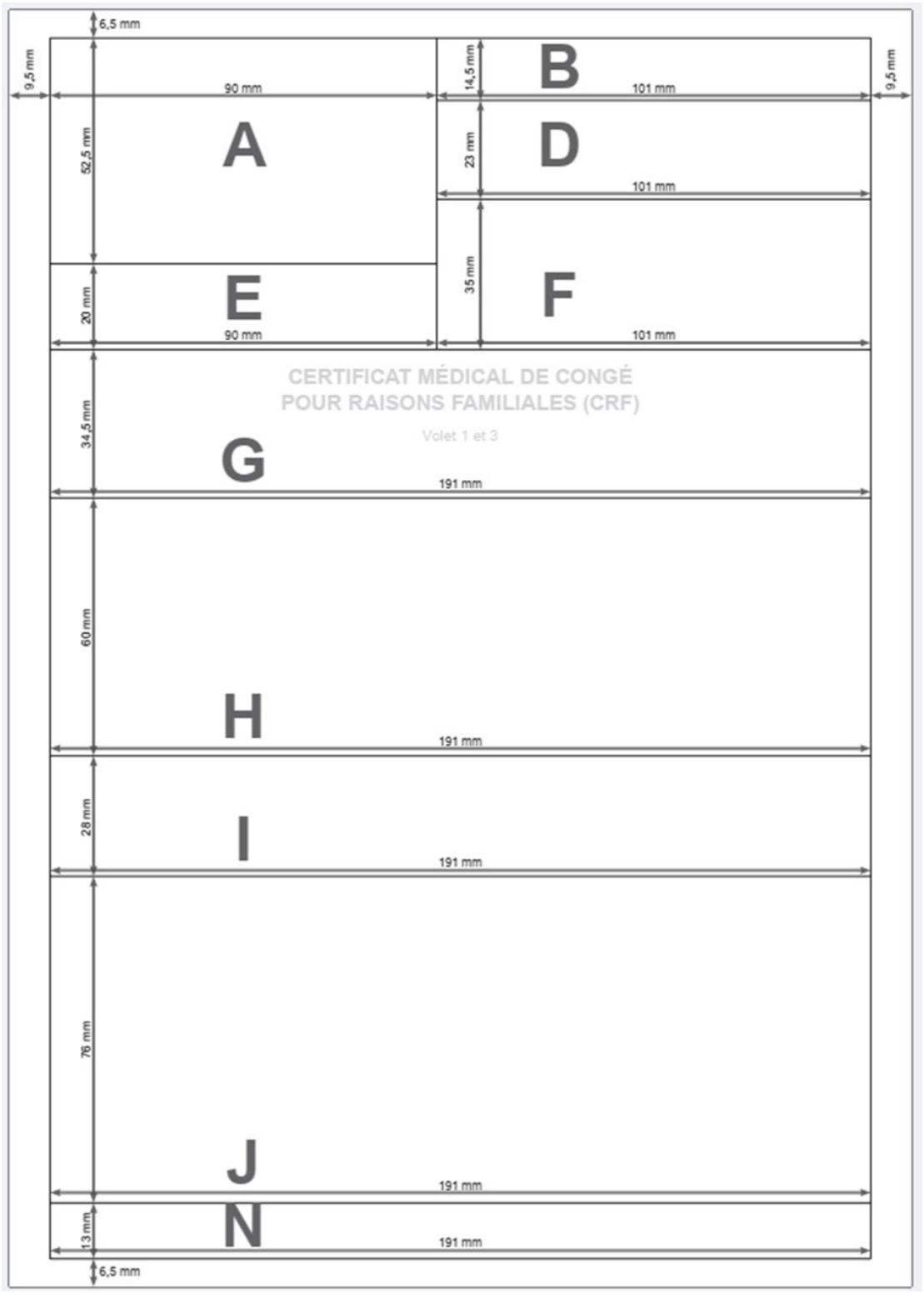
		Centré Nombre volet : Arial 10 Centré		« Volet 3 à garder par le patient (1) »
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». Sorties autorisées : cocher (x) la case « OUI (2)» ou la case « NON (3)».
M	191,0*99,0	Arial 8	Informations légales	« Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles figurant sur le système d'information de la sécurité sociale. « (2) Les sorties sont autorisées à partir du 6ème jour entre 10.00 et 12.00 heures et entre 14.00 et 18.00 heures et pour toute sortie indispensable pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin-dentiste ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. (3) A l'exception des sorties indispensables pour les convocations du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour se rendre chez le médecin-dentiste

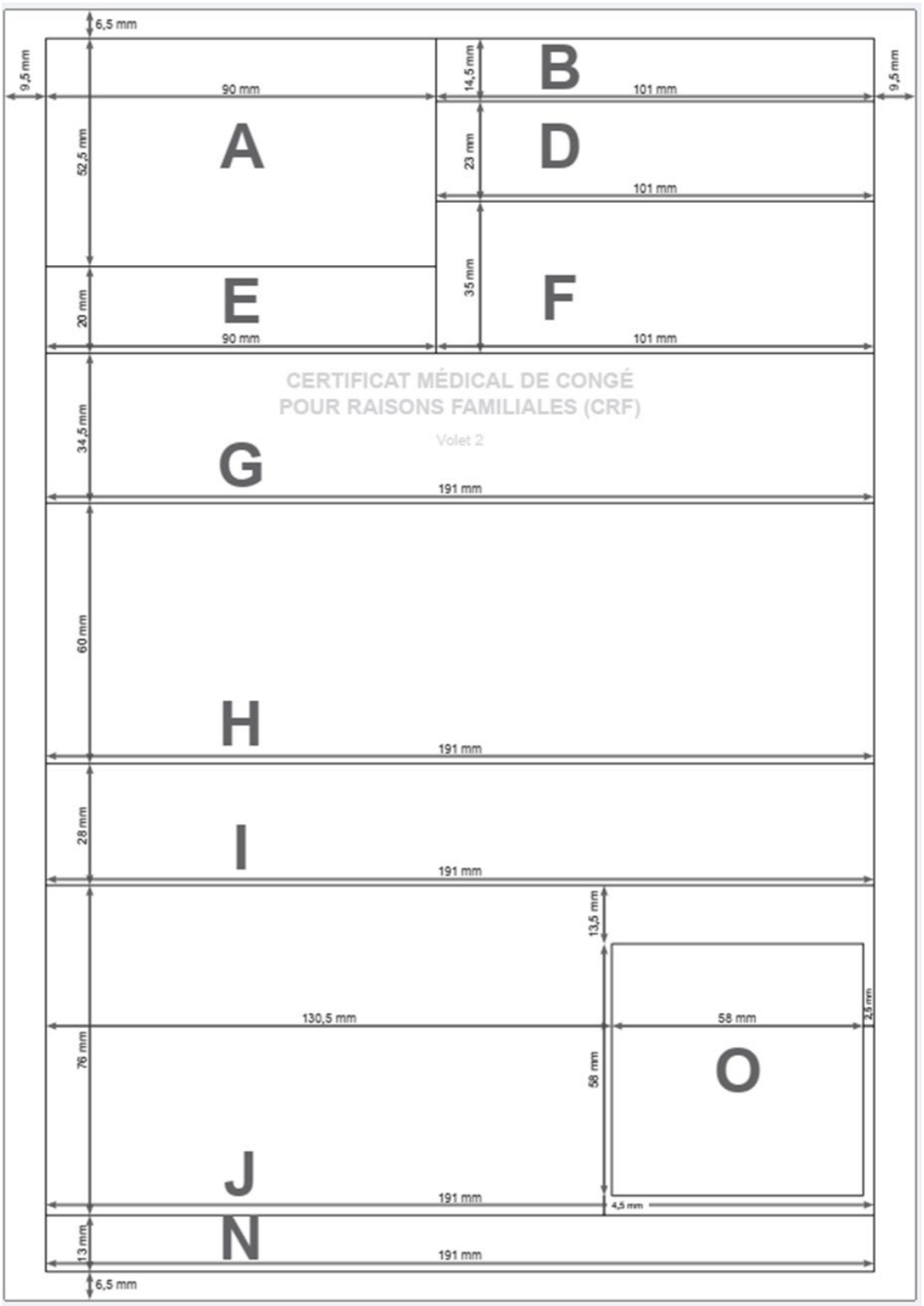
				ou chez tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. L'assuré est tenu de fournir à la caisse de maladie compétente son adresse exacte où il séjourne pendant son incapacité de travail si celle-ci diffère de son adresse habituelle via : www.cns.lu. En cas de séjour dans un pays différent de celui où l'assuré est domicilié ou affilié, une autorisation préalable de la Caisse de maladie compétente est requise. L'inobservation des règles précédentes peut entraîner l'application de sanctions selon les dispositions de l'article 214 des statuts de la CNS. Les assurés déclarés incapables de travailler peuvent être soumis à un contrôle administratif par la CNS entre 8.00 et 21.00 heures à leur domicile ou au lieu où ils séjournent pendant l'incapacité de travail. En cas d'absence, celle-ci devra être justifiée dans les 3 jours ouvrables. Si l'incapacité de travail est consécutive à un fait d'un tiers ou d'une chose sous la garde d'un tiers, l'assuré est prié de remplir le formulaire en ligne sur : www.cns.lu. La présente déclaration n'a pas d'incidence sur la prise en charge de l'incapacité de travail. Les présentes instructions sont extraites des statuts de la CNS dont la version intégrale peut être consultée sur : www.cns.lu. ».

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Section 2 : Certificat médical de congé pour raisons familiales

Art. 31. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin-dentiste utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
14,5 mm
B
101 mm
9,5 mm
52,5 mm
A
23 mm
D
101 mm
35 mm
20 mm
E
F
90 mm
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ
POUR RAISONS FAMILIALES (CRF)
Volet 1 et 3
34,5 mm
G
191 mm
60 mm
H
191 mm
28 mm
I
191 mm
76 mm
J
191 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
14,5 mm
B
101 mm
9,5 mm
52,5 mm
A
23 mm
D
101 mm
35 mm
20 mm
E
F
90 mm
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ
POUR RAISONS FAMILIALES (CRF)
Volet 2
34,5 mm
G
191 mm
60 mm
H
191 mm
28 mm
I
191 mm
13,5 mm
130,5 mm
58 mm
2,5 mm
76 mm
58 mm
O
J
191 mm
4,5 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm

Volet 1 :

Les zones A, B, D et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident de travail. Les zones E, F, G, H, I, J sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
E	90,0*20,0	Arial 11	Enfant* Matricule de l'enfant*	Nom et prénom de l'enfant. Matricule de l'enfant. Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient.
F	101,0*35,0	Arial 9	« Assuré : » NOM assuré* Prénom assuré * Matricule assuré* Adresse assuré 1ère ligne Adresse assuré 2e ligne	« Assuré : » NOM et prénom de la personne protégée. Numéro et rue de la personne protégée Matricule de la personne protégée. Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance de la personne protégée.
			Adresse assuré(e) 3e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays - code postal - Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal - Localité
			Adresse assuré(e) 4e ligne	Obligatoire pour les adresses à l'étranger : PAYS
		Arial 8 Aligné à gauche	Disclaimer*	Disclaimer : « Dans le cas où le CRF serait partagé entre les parents, deux certificats sont nécessaires. Les parents ne peuvent pas prendre le CRF en même temps. ».
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente (1) »

H	191,0*60,0	Arial 11	Période CRF* Hospitalisation* Période prorogation*	« A) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période » du : JJ/MM/AAAA au : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». « B) Prorogation du CRF sur base de l'article L.234-52, dernier alinéa du Code du travail. L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré pendant la période » du : JJ/MM/AAAA au : JJ/MM/AAAA
I	191,0*28,0	Arial 11	Date d'établissement du CRF et signature du prestataire*	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »
J	191,0*76,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) En cas d'envoi postal par l'assuré à la CNS, il se fait via l'adresse suivante : **CNS - Département prestations en espèces L-2980 Luxembourg** au plus tard avant l'expiration du 3e jour ouvré d'incapacité de travail. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez-vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son

				consentement à la gestion numérique de ses données personnelles. « Plus d'informations sur : www.cns.lu ». « **Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du certificat réservées au prestataire, ce sous peine de sanctions et de nullité du certificat.** »

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 2 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical de congé pour raisons familiales. Seules les zones D, G et J sont modifiées comme suit, et une zone O est ajoutée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Zone libre
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 2 à transmettre à l'employeur »
J	191,0*75,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle et pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2 du Code du travail, la durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat

				médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. » « **La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit :** » Un tableau reprend les 3 tranches d'âge avec la durée de jours de CRF respectifs : - 1re tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours - 2e tranche d'âge : de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis : 18 jours - 3e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé : 5 jours « (*) pour les enfants bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire (conformément à l'article 274 du Code de la sécurité sociale), la durée du congé est doublée et la limite d'âge de 18 ans est portée à 25 ans ; en outre, la condition de l'hospitalisation prévue dans la 3e tranche d'âge ne leur est pas applicable. Plus d'informations sur : www.cns.lu ».
O	58,0*58,0	-	Zone libre	Zone libre pour permettre l'apposition d'un code QR GouvCheck par l'administration

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Volet 3 :

Les zones sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical de congé pour raisons familiales. Seules les zones G et J sont modifiées comme suit et la zone O est supprimée :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 3 à garder par l'assuré »
J	191,0*76,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) Pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle et pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2 du Code du travail, la durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de la période fixée initialement, un nouveau certificat médical doit être adressé à la CNS avant l'expiration du 2e jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable. **La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit** (le solde de jours restants peut être consulté sur myguichet.lu) : » Un tableau reprend les 3 tranches d'âge avec la durée de jours de CRF respectifs : - 1re tranche d'âge : de 0 ans à moins de 4 ans accomplis : 12 jours

				- 2e tranche d'âge : de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis : 18 jours - 3e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé : 5 jours « (*) pour les enfants bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire (conformément à l'article 274 du Code de la sécurité sociale), la durée du congé est doublée et la limite d'âge de 18 ans est portée à 25 ans ; en outre, la condition de l'hospitalisation prévue dans la 3e tranche d'âge ne leur est pas applicable. Pour avoir les informations sur la transmission numérique, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant un accès au site internet sur lequel l'assuré pourra soit consentir à la gestion numérique de ses données personnelles, soit choisir le traitement granulaire de ses données personnelles, soit retirer son consentement à la gestion numérique de ses données personnelles. « Plus d'informations sur : www.cns.lu ».

Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

Titre III : Listes du contenu des formules standardisées transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé par type de formule standardisée

Chapitre I : Facturation

Section 1re : Mémoires d'honoraires à l'exclusion de ceux émis dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 32. Le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, à l'exclusion de celles transmises dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire facturier
4	Matricule patient
5	Date de naissance du patient
6	Nom du patient
7	Prénom du patient
8	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire
9	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
10	Lieu d'exécution
11	Établissement hospitalier
12	Code prestataire exécutant
13	Date du
14	Date au
15	Heure
16	Dent
17	Code acte
18	Libellé / objet de l'acte
19	Préfixe
20	Suffixe
21	Face
22	Nombre acte
23	Montant brut acte
24	Code prestataire prescripteur
25	Numéro séance
26	UUID de l'autorisation généré par la CNS
27	Numéro de l'autorisation généré par la CNS

28	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
29	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
30	Date Ordonnance
31	Annexes au mémoire d'honoraires, en version PDF
32	Total
33	Sous-total
34	Report
35	Acompte à déduire
36	A Payer
37	Devise
38	Acquitté (oui/non)
39	Date acquittement
40	Mémoire d'honoraires en version PDF
41	Complément d'information

Art. 33. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 34. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à l'article 32 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 35. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie

5	Motif anomalie

Section 2 : Mémoires d'honoraires émis dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle

Art. 36. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu des formules standardisées de mémoires d'honoraires transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Code prestataire facturier
3	Matricule patient
4	Numéro accident patient
5	Date accident patient
6	Mémoire d'honoraires - Numéro
7	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
8	Identifiant prestation
9	Lieu d'exécution
10	Établissement hospitalier
11	Code prestataire exécutant
12	Date du
13	Date au
14	Heure
15	Dent
16	Code acte
17	Préfixe
18	Suffixe
19	Face
20	Nombre acte
21	Montant brut acte
22	Code prestataire prescripteur
23	Numéro séance
24	UUID de l'autorisation généré par la CNS
25	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
26	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
27	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
28	Annexes version PDF
29	Date Ordonnance

30	Devise
31	Complément d'information
32	Office social

Art. 37. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu du résultat de l'analyse des données du mémoire d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Matricule patient
3	Identifiant mémoire d'honoraires
4	Total part statutaire
5	Total participation personnelle
6	Somme totale
7	Identifiant anomalie
8	Type anomalie
9	Code anomalie
10	Motif anomalie
11	Identifiant prestation
12	Nombre acte remboursé
13	Part statutaire
14	Participation personnelle
15	Montant opposable

Art. 38. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la validation par le médecin-dentiste du résultat de l'analyse des données du mémoire d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Indicateur validation médecin-dentiste
3	Indicateur validation personne protégée
4	Indicateur acquittement participation personnelle
5	Référence paiement personne protégée
6	Référence à reprendre dans la communication du paiement effectué par la CNS

Art. 39. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la réponse suite à la validation par le médecin-dentiste du résultat de l'analyse des données du mémoire d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée

1	Montant part statutaire
2	Montant recouvrement
3	Montant payé
4	Identifiant recouvrement
5	Identifiant initiation paiement
6	Identifiant anomalie
7	Type anomalie
8	Code anomalie
9	Motif anomalie

Art. 40. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la contestation par le médecin-dentiste du résultat de l'analyse des données du mémoire d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse de simulation
2	Identifiant anomalie
3	Code contestation
4	Texte libre contestation

Art. 41. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de réponse suite à la contestation par le médecin-dentiste du résultat de l'analyse des données du mémoire d'honoraires est le suivant :

N°	Donnée
1	Identifiant réponse contestation
2	Identifiant anomalie
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 42. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à l'article 36 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID initiation de paiement à annuler
3	Motif annulation

Art. 43. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Section 3 : Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc / Relevé récapitulatif dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée

Art. 44. Le contenu des formules standardisées de relevés récapitulatifs accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc, conformément à l'article 13 du règlement grand-ducal, transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	Mois de facturation
3	UUID du décompte généré par le prestataire
4	N° du relevé récapitulatif
5	Code prestataire facturier
6	Nom du prestataire facturier
7	Prénom du prestataire facturier
8	Nombre total de mémoires d'honoraires
9	Montant total demandé
10	Relevé récapitulatif en version PDF
	Par mémoire d'honoraires
11	UUID mémoire d'honoraires
12	Matricule patient
13	Nom du patient
14	Prénom du patient
15	Numéro accident patient
16	Date accident patient
17	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire
18	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
19	Lieu d'exécution
20	Établissement hospitalier
21	Code prestataire exécutant
22	Date du

23	Date au
24	Heure
25	Dent
26	Code acte
27	Préfixe
28	Suffixe
29	Face
30	Nombre acte
31	Montant brut acte
32	Code prestataire prescripteur
33	Numéro séance
34	UUID de l'autorisation généré par la CNS
35	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
36	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
37	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
38	Date Ordonnance
39	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF
40	Total
41	A Payer
42	Devise
43	Mémoires d'honoraires en version PDF
43	Complément d'information

Art. 45. Le contenu des formules standardisées de relevés récapitulatifs accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, conformément à l'article 13 du règlement grand-ducal, transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	Mois de facturation
3	UUID du décompte généré par le prestataire
4	N° du relevé récapitulatif
5	Code prestataire facturier
6	Nom du prestataire facturier
7	Prénom du prestataire facturier
8	Nombre total de mémoires d'honoraires
9	Montant total demandé
10	Relevé récapitulatif en version PDF

	Par mémoire d'honoraires
11	UUID mémoire d'honoraires
12	Matricule patient
13	Nom du patient
14	Prénom du patient
15	Numéro accident patient
16	Date accident patient
17	Mémoire d'honoraires - Numéro généré par le prestataire
18	Mémoire d'honoraires - Date d'établissement
19	Lieu d'exécution
20	Établissement hospitalier
21	Code prestataire exécutant
22	Date du
23	Date au
24	Heure
25	Dent
26	Code acte
27	Préfixe
28	Suffixe
29	Face
30	Nombre acte
31	Montant brut acte
32	Code prestataire prescripteur
33	Numéro séance
34	UUID de l'autorisation généré par la CNS
35	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
36	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
37	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
38	Date Ordonnance
39	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF
40	Total
41	A Payer
42	Devise
43	Mémoires d'honoraires en version PDF
44	Complément d'information
45	Office social

Art. 46. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du décompte généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 47. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de relevé récapitulatif accompagnant les mémoires d'honoraires dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc ou d'une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 48. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre II : Ordonnances médicales

Art. 49. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur

5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Justification médicale
22	Examen(s) réalisé(s) à des fins scientifiques
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 50. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Kinésithérapie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte

16	Nombre acte
17	Fréquence
18	Intervalle de la fréquence
19	Type de traitement
20	Code pathologie
21	Rééducation post-chirurgicale (Date intervention)
22	Partie(s) du corps
23	Traitement à domicile
24	Version PDF de l'ordonnance

Art. 51. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Orthophonie » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale -Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Fréquence - nombre
18	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
19	Durée - nombre
20	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
21	Traitement à domicile
22	Date début de l'affection
23	Diagnostic médical
24	Version PDF de l'ordonnance

Art. 52. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Particularité
15	Heure
16	Code ou Numéro
17	Dénomination
18	Dosage
19	Forme pharmaceutique
20	Quantité prescrite
21	Unité prescrite
22	Quantité par administration
23	Unité par administration
24	Fréquence
25	Intervalle de la fréquence (jour / semaine / mois)
26	Durée
27	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
28	Posologie
29	Motivation médicale
30	Version PDF de l'ordonnance

Art. 53. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport en série » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Nom de l'établissement
15	Adresse de l'établissement
16	Diagnostic
17	Traitement envisagé
18	Durée prévisible du traitement
19	Type de traitement
20	Prolongation
21	Moyen de transport - aller
22	Moyen de transport - retour
23	Fréquence
24	Intervalle
25	Justification médicale
26	Version PDF de l'ordonnance

Art. 54. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transport simple en ambulance » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient

8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Date du transport
15	Localisation du transport
16	Type de trajet
17	Lieu de départ
18	Lieu d'arrivée
19	Adresse du lieu de séjour habituel
20	Nom de l'établissement
21	Adresse de l'établissement
22	Raisons médicales
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 55. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Raisons médicales
15	Type de transport
16	Version PDF de l'ordonnance

Art. 56. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un rapport DR1 au médecin traitant » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Code acte
15	Libellé acte
16	Nombre acte
17	Disclaimer
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 57. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient

11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Nom du Médecin
15	Code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle
16	Date de début du traitement parallèle
17	Durée approximative du traitement parallèle
18	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
19	Version PDF de l'ordonnance

Art. 58. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Indication de la spécialité vers laquelle le transfert est demandé
15	Version PDF de l'ordonnance

Art. 59. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire

3	Code prestataire prescripteur
4	Nom prescripteur
5	Prénom prescripteur
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient
9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Ordonnance médicale - Numéro interne du prestataire
12	Ordonnance médicale - Date d'établissement
13	Ordonnance médicale - Date d'expiration
14	Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger
15	Diagnostic précis moyennant codification ICD10/CIM10
16	Équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de d'avoir recours lors du traitement de la personne protégée
17	Motivation exposant les faits et critères
	Pour chaque traitement sélectionné
18	Nature du traitement
19	Date prévue du début (si connue)
20	Durée probable du traitement
21	Intervalle de la durée (jour(s) / semaine(s) / mois)
	Fin des données relatives au traitement
22	Rapport médical
23	Version PDF du rapport médical
24	Ordonnance Transport
25	UUID Ordonnance transport
26	Date Ordonnance transport
27	Version PDF de l'ordonnance transport
28	Indication « Attestation médicale » - a)
29	Indication « Attestation médicale » - b)
30	Indication « Attestation médicale » - c)
31	Justification de l'urgence médicale
32	Version PDF de l'ordonnance

Art. 60. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 49 à 59 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 61. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée d'ordonnance médicale, transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 62. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre III : Demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 63. Le contenu des formules standardisées de « Demandes d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire
4	Nom du prestataire
5	Prénom du prestataire
6	Matricule patient
7	Nom patient
8	Prénom patient

9	Numéro accident patient
10	Date accident patient
11	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale - Numéro interne du prestataire
12	Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale - Date d'établissement
13	Position dentaire
14	Code acte
15	Libellé
16	Nombre acte
17	Prothèse provisoire
18	Version PDF de la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale
19	Annexes à la demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, en version PDF

Art. 64. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 65. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée d'une demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 66. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire

2	Statut réception annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre IV : Certificats d'incapacité de travail

Art. 67. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical d'incapacité de travail pour congé de maladie ou d'accident du travail » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type Document	X	X	X
2	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	X	X	X
3	Type CIT	X	X	X
4	Code prestataire prescripteur	X	X	X
5	Nom prestataire	X	X	X
6	Prénom prestataire	X	X	X
7	Matricule patient	X	X	X
8	Date de naissance patient	X	X	X
9	Nom du patient	X	X	X
10	Prénom du patient	X	X	X
11	Numéro accident patient	X	X	X
12	Date accident patient	X	X	X
13	Date début incapacité de travail	X	X	X
14	Date fin incapacité de travail	X	X	X
15	Hospitalisation	X	X	X
16	Sortie autorisée	X	X	X
17	Code diagnostic	X		
18	Cas	X		
19	Numéro Cas	X		
20	Fait de tiers	X		
21	Date fait de tiers	X		
22	Date établissement document	X	X	X
23	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 68. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé pour raisons familiales » transmises numériquement à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée	Volet 1	Volet 2	Volet 3
1	Type	X	X	X
2	UUID du volet du CIT généré par le prestataire	X	X	X
3	Type CIT	X	X	X
4	Code prestataire prescripteur	X	X	X
5	Nom prestataire	X	X	X
6	Prénom prestataire	X	X	X
7	Matricule parent assuré	X	X	X
8	Date de naissance du parent	X	X	X
9	Nom du parent	X	X	X
10	Prénom du parent	X	X	X
11	Matricule du patient mineur	X	X	X
12	Date de naissance du patient mineur	X	X	X
13	Nom du patient mineur	X	X	X
14	Prénom du patient mineur	X	X	X
15	Date début de l'incapacité de travail	X	X	X
16	Date fin de l'incapacité de travail	X	X	X
17	Hospitalisation	X	X	X
18	Prorogation	X	X	X
19	Date établissement document	X	X	X
20	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 69. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 67 et 68 est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID du document généré par le prestataire
2	UUID Document à annuler
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Art. 70. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de certificat d'incapacité de travail, transmises sous forme de données structurées et normalisées à l'aide de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception annulation

3	Motif annulation

Art. 71. Le contenu de la réponse suite à la demande d'annulation transmise conformément à l'article précédent, est le suivant :

N°	Donnée
1	UUID de la demande d'annulation prestataire
2	Statut réception transmission
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie