JOURNAL OFFICIEL

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

MÉMORIAL A

N° 525 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 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 exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg.

Ces dispositions s'appliquent sous conditions :

1° que le médecin dispose d'une autorisation d'exercer la profession de médecin 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 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 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 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, 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 Luxembourg » dûment complété et signé et les pièces suivantes :

1° une copie de l'arrêté portant autorisation d'exercer la profession de médecin 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 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 à la Caisse nationale de santé endéans un délai de quinze jours suivant la date du changement.

(2) L'installation d'un médecin dans une association de médecins 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, 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 pour le compte de l'assurance maladie-maternité

Art. 3.

La délivrance des actes et services du médecin 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 et aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Toutes les communications entre le médecin 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 I.

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 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 remet une version papier de la formule standardisée au patient afin que ce dernier puisse, le cas échéant, 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, 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 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 émet une version papier de cette formule standardisée à titre gratuit.

Art. 6.

Tout médecin 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* 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 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 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 s'authentifie en tant que médecin 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 55 à 115 de l'annexe I, qui décrivent 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 de cette formule standardisée en format papier.

Art. 7.

Par dérogation à l'article 5, alinéa 2, et par année civile, le médecin 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 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, 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 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 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

Art. 9.

Les formules standardisées comportent des zones, dont la taille et l'emplacement sont définis à l'annexe I. 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 I.

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, 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 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 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.

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 I ;

2° pour les relevés dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc telle que prévue à l'article 44, les données précisées à l'article 2 de l'annexe I ;

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

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

5° pour les feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, les données précisées à l'article 5 de l'annexe I ;

6° pour le décompte des indemnités horokilométriques, les données précisées à l'article 6 de l'annexe I ;

7° pour les certificats d'incapacité de travail, les certificats médicaux de congé pour raisons familiales et pour les certificats médicaux de congé de maternité, les données précisées à l'article 7 de l'annexe I ;

8° pour les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, les données précisées à l'article 8 de l'annexe I.

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 9, 10, 11 et 12 de l'annexe I.

(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 prestés personnellement par le médecin.

Chaque médecin 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 peut se prévaloir ou la dénomination de l'association ;

2° le code prestataire du médecin 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 ;

5° le lieu d'exécution de la prestation de soins de santé conformément à l'article 10 de l'annexe I ;

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, chapitres 4, 7 et 8, de la nomenclature des actes et services des médecins, les dates du début et de la fin du traitement ;

7° le code prestataire du médecin 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 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 I, 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 mémoire d'honoraires établi par le médecin ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est complété par le numéro du titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé suite à la transmission par le médecin spécialiste rapporteur de la feuille de présence telle que prévue à l'article 5 de l'annexe I.

La modalité du dépassement des tarifs mis en compte à la personne protégée par le médecin en vertu de l'article 43, paragraphe 1er, pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées 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, en indiquant le détail du montant du dépassement des tarifs par convenance personnelle.

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, 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.

Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes et services de la nomenclature des actes et services des médecins prestés dans le cadre du service de remplacement des médecins-généralistes portent la date correspondant à l'heure d'appel du médecin par la personne protégée. Les actes et services dont l'heure d'appel se situe avant minuit portent la date du jour où le service de remplacement a commencé, ceux dont l'heure d'appel se situe après minuit portent la date où le service de remplacement a fini.

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 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 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.

Art. 13.

Dans le cadre d'une prise en charge directe par transmission en bloc conformément à l'article 44, le médecin joint le relevé récapitulatif prévu à l'article 13 de l'annexe I.

Pour une prise en charge directe par transmission en bloc en cas d'indigence de la personne protégée, le médecin 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 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 16 et 17 de l'annexe I.

Le médecin 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 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 remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Analyses médicales et de biologie clinique », et établie conformément aux articles 18 et 19 de l'annexe I.

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 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 remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Kinésithérapie », et établie conformément à l'article 20 de l'annexe I. 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 infirmiers, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers », et établie conformément à l'article 21 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

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

Art. 18.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Psychothérapie », et établie conformément à l'article 22 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 19.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des diététiciens, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Diététique », et établie conformément à l'article 23 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 20.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des orthophonistes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Orthophonie », et établie conformément à l'article 24 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 21.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des sages-femmes, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes », et établie conformément à l'article 25 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 22.

Dans le cadre de la prescription de prestations de soins de santé inscrites à la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Psychomotricité », et établie conformément à l'article 26 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 23.

Dans le cadre de la prescription de médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Médicaments, aliments médicaux et dispositifs médicaux », et établie conformément aux articles 27 et 28 de l'annexe I.

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 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 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 27 de l'annexe I.

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

Art. 24.

Les transports non-urgents de malades effectués à charge de l'assurance maladie-maternité sont à prescrire par le médecin sur des ordonnances spéciales, limitées à une page, prévues aux articles 29 et 30 de l'annexe I.

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. 25.

Dans le cadre de la prescription d'une désinfection d'une ambulance, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance », et établie conformément à l'article 31 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 26.

Dans le cadre de la prescription d'aides visuelles, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Aides visuelles », et établie conformément à l'article 32 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Si le médecin prescrit des verres teintés, il indique le numéro d'un des diagnostics suivants :

1° 01 - conjonctivite chronique ;

2° 02 - kératite et cicatrice cornéenne étendue ;

3° 03 - iritis ;

4° 04 - cataracte centrale congénitale y compris l'aphakie ;

5° 05 - glaucome ;

6° 07 - névralgie ciliaire ;

7° 08 - photophobie due à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne ;

8° 09 - albinisme ;

9° 10 - cécité.

Si le médecin prescrit des lentilles de contact, il indique le code d'une des pathologies médicales suivantes :

1° 01 - amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries ;

2° 03 - astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20 pour cent par rapport aux verres ordinaires ;

3° 04 - kératocône ;

4° 05 - aphakie uni- et bilatérale ;

5° 06 - aniséiconie ;

6° 07 - anisométropie de plus de 3 dioptries ;

7° 08 - nystagmus de fixation ;

8° 09 - anisocorie ;

9° 10 - dystrophie cornéenne ;

10° 11 - myopie évolutive génétique ;

11° 12 - traumatisme cornéen ou scléral ;

12° 13 - traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible ;

13° 14 - hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Art. 27.

Dans le cadre de la prescription des vêtements de compression et de contention inscrits à la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention », et établie conformément aux articles 33 et 34 de l'annexe I.

Art. 28.

Dans le cadre de la prescription des fournitures orthopédiques pour pied diabétique inscrites à la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Pied diabétique », et établie conformément aux articles 35 et 36 de l'annexe I.

Art. 29.

Dans le cadre de la prescription de dispositifs de correction auditive, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive », et établie conformément à l'article 37 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 30.

Dans le cadre de la demande d'un rapport R1 au médecin traitant conformément au code R1 figurant à la nomenclature des actes et services des médecins, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant », et établie conformément à l'article 38 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 31.

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 pris en charge par l'assurance maladie, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle », et établie conformément à l'article 39 de l'annexe I.

Art. 32.

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 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services de médecins pris en charge par l'assurance maladie, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient », et établie conformément à l'article 40 de l'annexe I.

Art. 33.

Dans le cadre de la demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger », et établie conformément à l'article 41 de l'annexe I.

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 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 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. 34.

Dans le cadre de la demande pour une cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains », et établie conformément à l'article 42 de l'annexe I. Cette ordonnance médicale est limitée à une page.

Art. 35.

À défaut d'ordonnance médicale spécifique prévue par les articles 18 à 42 de l'annexe I, le médecin remplit l'ordonnance médicale intitulée « Ordonnance médicale », et établie conformément à l'article 43 de l'annexe I.

Art. 36.

Dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Demande d'autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale », et établie conformément aux articles 44 et 45 de l'annexe I. Cette même formule standardisée peut être émise par le médecin dans le cadre d'un acte soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 37.

Dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, le médecin spécialiste désigné comme rapporteur remplit la formule standardisée intitulée « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » conformément aux modalités prévues par l'article 46 de l'annexe I. Cette formule est limitée à une page.

Art. 38.

En cas de mise en compte d'indemnités horo-kilométriques dans le cadre du service de remplacement des médecins généralistes dans un centre de permanence, dit « Maison médicale », le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale », et établie conformément à l'article 47 de l'annexe I.

Art. 39.

Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical d'incapacité de travail, le médecin 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 48 de l'annexe I.

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

Art. 40.

Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical de congé pour raisons familiales » comprenant trois volets, et établie conformément à l'article 49 de l'annexe I.

Art. 41.

Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé de maternité, le médecin remplit la formule standardisée intitulée « Certificat médical de congé de maternité » comprenant trois volets, et établie conformément à l'article 50 de l'annexe I.

Art. 42.

Dans le cadre de la déclaration d'un appareil en vue de la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil telle que prévue aux articles 15, 15*bis*, 15*ter*, 15*quater* et 15*quinquies* du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services de médecins pris en charge par l'assurance maladie, le médecin utilise pour un nouvel appareil la formule standardisée intitulée « Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil », et établie conformément aux articles 51 et 52 de l'annexe I, ou pour un appareil d'occasion, la formule standardisée intitulée « Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » conforme aux articles 51 et 53 de l'annexe I.

Pour la déclaration de la mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, le médecin utilise la formule standardisée intitulée « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil », prévue aux articles 51 et 54 de l'annexe I.

Chapitre 6 - Modalités du dépassement des tarifs

Art. 43.

(1) Le dépassement du tarif d'un acte ou service figurant à la nomenclature des actes et services des médecins à charge de la personne protégée est autorisé pour une convenance personnelle sollicitée par une personne protégée et 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, 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 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 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 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, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin, à identifier par le code CP6.

Dans le cas de mise en compte de dépassements des tarifs pour convenance personnelle de la personne protégée dans les cas énumérés aux alinéas 1er et 2 du présent paragraphe, le médecin inscrit sur le mémoire d'honoraires les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5 ou CP6.

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. 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 de majorer l'acte ou service figurant à la nomenclature des actes et services des médecins presté au lit du malade hospitalisé de 66 pour cent par rapport au tarif de l'acte ou service figurant à la nomenclature des médecins 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 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 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 prestés le jour de l'hospitalisation.

Les actes ou services figurant à la nomenclature des actes et services des médecins 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.

Chapitre 7 - Modalités de liquidation et de paiement des honoraires

Art. 44.

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

Toute transmission en bloc peut être effectuée par le médecin 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, 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 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 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. 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 les motifs.

Art. 45.

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

Art. 46.

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 au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin a droit 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 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. 47.

Dans le cadre de la revalorisation biennale de la valeur de la lettre-clé des médecins, 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. 48.

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

Toutes ces prestations doivent correspondre 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 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. 49.

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. 50.

Les rapports d'activité des médecins 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 ;

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

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

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

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

Art. 51.

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, 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, 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 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 pris en charge par l'assurance maladie 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 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 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 pour être considéré dans les rapports d'activité.

Chapitre 10 - Les rapports avec le médecin référent

Art. 52.

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

1° les nom, prénoms, code prestataire et cachet du médecin référent ;

2° les nom, prénoms et numéro d'identification de la personne protégée ;

3° les date et signature du médecin référent et de la personne protégée.

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

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder au contenu de son dossier de soins partagé et déclare accepter que la Caisse nationale de santé verse, dès la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, au dossier de soins partagé un résumé des prestations tel que spécifié à l'article 53.

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

Le modèle-type de la déclaration du médecin référent et reprenant la déclaration des affections de longue durée figure à l'annexe II et peut être téléchargé à partir du site de la Caisse nationale de santé. L'affection de longue durée la plus significative est à renseigner en premier lieu.

Pour être opposable à l'assurance maladie-maternité, la déclaration du médecin référent parvient à la Caisse nationale de santé au plus tard avant la fin du troisième mois qui suit la date de la signature de la déclaration. Le médecin référent remet une copie de la déclaration du médecin référent à la personne protégée.

Art. 53.

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

L'existence de la relation avec le médecin référent est communiquée par la Caisse nationale de santé à l'Agence.

À partir de la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, la Caisse nationale de santé verse semestriellement au dossier de soins partagé de la personne protégée un résumé des prestations prises en charge par les assurances maladie-maternité, accident et dépendance des trois dernières années.

Art. 54.

Dans les trois mois qui suivent la date de la prise d'effet de la relation avec le médecin référent, le médecin référent intègre dans le dossier de soins partagé un résumé patient tel que spécifié à l'annexe III. À la demande de la personne protégée, le médecin référent lui explique le contenu du résumé patient et lui remet, sans mise en compte de frais supplémentaires, une copie de celui-ci.

Le médecin référent a l'obligation de mettre à jour le résumé patient dans le dossier de soins partagé visé à l'article 60*quater* du Code de la sécurité sociale lors de chaque contact avec la personne protégée. Le médecin référent inscrit à ce moment dans le résumé patient tout nouvel élément clinique ou thérapeutique pertinent en relation avec l'état de santé de la personne protégée et utile à la coordination des soins entre professionnels de santé.

Art. 55.

Le médecin référent établit les années paires avant le 31 juillet un relevé tel que spécifié dans l'annexe IV et indiquant par personne protégée :

1° le numéro de déclaration du médecin référent ;

2° les affections de longue durée reprise(s) à l'article 20 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 et dont la personne protégée est atteinte en date du 1er juillet des années paires.

Le relevé est transmis via la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé de l'Agence à la Caisse nationale de santé.

L'utilisation des données déclarées à la Caisse nationale de santé en relation avec les affections de longue durée se limite exclusivement à des fins de facturation et de contrôle pour les besoins de la Caisse nationale de santé.

Art. 56.

La mise en compte du forfait du médecin référent est soumise aux conditions suivantes :

1° le résumé patient est mis à jour conformément à l'article 54 et au minimum une fois au cours des 6 mois précédant la date de la mise en compte ;

2° après la déclaration initiale des affections de longue durée de la personne protégée, le relevé biennal de l'affection de longue durée est communiqué à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 55. Par dérogation, la mise en compte du forfait se rapportant à une relation avec le médecin référent avec prise d'effet entre le 1er août et le 30 juin de l'année paire suivante est exclusivement conditionnée par l'attribution d'un numéro de déclaration du médecin référent.

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

Lorsqu'il est mis fin à la relation avec le médecin référent conformément au règlement grand-ducal modifié du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent, la mise en compte du forfait du médecin référent pour la période entamée est honorée à la fin de celle-ci si les conditions reprises à l'alinéa 1er sont remplies à la date de la fin de la relation avec le médecin référent.

Art. 57.

Les modèles-types de révocation prévus à l'annexe V peuvent être téléchargés à partir du site de la Caisse nationale de santé.

Chapitre 11 - Dispositions finales

Art. 58.

Le présent règlement entre en vigueur le 31 octobre 2026.

Art. 59.

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 I Cahier des charges (médecins) : 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
DMOINF01	Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers responsables de soins généraux
DMOPTH01	Ordonnance médicale : Psychothérapie
DMODIE01	Ordonnance médicale : Diététique
DMOORT01	Ordonnance médicale : Orthophonie
DMOSAF01	Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes
DMOREE01	Ordonnance médicale : Psychomotricité

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
DMOLUN01	Ordonnance médicale : Aides visuelles
DMOVC01	Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention
DMODIA01	Ordonnance médicale : Pied diabétique
DMODCA01	Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive
DMOPR101	Ordonnance médicale : Demande d'un rapport détaillé au médecin traitant (R1)
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
DMOCTM01	Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains
DMOMED01	Ordonnance médicale

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 feuilles de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP), 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 RCP
DMRCPND01	Feuille de présence de la RCP : Nouveau diagnostic
DMRCPFU01	Feuille de présence de la RCP : Follow-up

Art. 6. Pour le décompte des indemnités horokilométriques, 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 total de pages de la formule standardisée
6	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type indemnités horokilométriques
DMDIHK01	Décompte des indemnités horokilométriques

Art. 7. Pour les certificats d'incapacité de travail, les certificats médicaux de congé pour raisons familiales et pour les certificats médicaux de congé de maternité, 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
DMCMAT01(2)	Certificat de congé de maternité
DMCRF01(3)	Certificat de congé pour raisons familiales

Art. 8. Pour les déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, 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 déclarant	P	Code sur 8 positions
4	Date	D	Date de la formule standardisée AAAAMMJJ
5	Nombre d'annexes	AN	Nombre de documents distincts annexés à la formule standardisée
6	Identifiant de l'environnement technique	V	Identifiant de l'environnement technique dans lequel a été déposée la formule standardisée

*Types	Libellé type déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

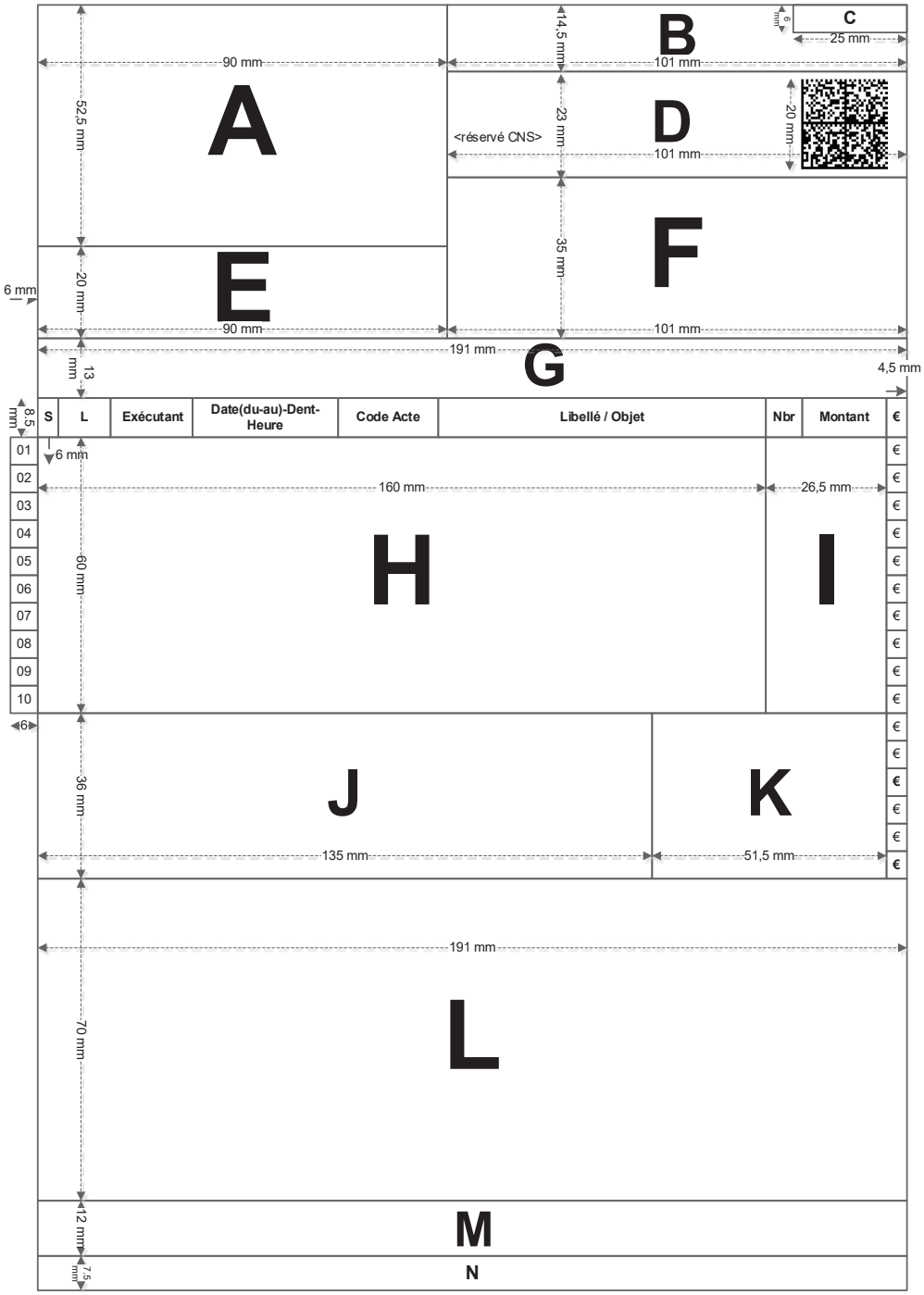
DMACN01	Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMACO01	Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil
DMCEA01	Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Titre II : Description des formules standardisées

Chapitre I : Facturation

Section 1re : Mémoires d'honoraires

Art. 9. 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 1 (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 2e ligne	
			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 10
	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 inscrivent les dents et les faces traitées suivant la numérotation et codification détaillées en dessous de ce tableau.

				Les médecins remplissent la case « DENT » conformément à l'article 11.
	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.
	72,0*6,0		Libellé de l'acte	Libellé de l'acte.
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	Arial 8 justifié gauche	Méd. prescripteur	Code prestataire prescripteur 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 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.
	102,5*6,0		Identifiant CNS appareil	15 positions, code attribué par la CNS.
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. 10. 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
06	Service national « Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque »
07	Service national « Chirurgie pédiatrique »

08	Service national « Chirurgie plastique »
09	Service national « Hémato-oncologie »
10	Service national « Immuno-allergologie »
11	Service national « Maladies infectieuses »
12	Service national « Médecine de l'environnement »
13	Service national « Néonatologie intensive »
14	Service national « Néphrologie »
15	Service national « Neurochirurgie »
16	Service national « Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) »
17	Service national « Ophtalmologie »
18	Service national « Pédiatrie spécialisée »
19	Service national « Psychiatrie infantile »
20	Service national « Psychiatrie juvénile »
21	Service national « Soins intensifs pédiatriques »
22	Service national « Radiothérapie »
23	Service national « Rééducation fonctionnelle »
24	Service national « Réhabilitation physique »
25	Service national « Réhabilitation post-oncologique »
26	Service national « Réhabilitation psychiatrique »
27	Service national « Hospitalisation de longue durée médicale »
28	Service national « Hospitalisation de longue durée psychiatrique »
29	Service national « Procréation médicalement assistée »
30	Service national « Urgence pédiatrique »
	Milieu hospitalier stationnaire
31	Traitement hospitalier stationnaire
32	Service national « Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque »
33	Service national « Chirurgie pédiatrique »
34	Service national « Chirurgie plastique »
35	Service national « Hémato-oncologie »
36	Service national « Immuno-allergologie »
37	Service national « Maladies infectieuses »
38	Service national « Médecine de l'environnement »

39	Service national « Néonatologie intensive »
40	Service national « Néphrologie »
41	Service national « Neurochirurgie »
42	Service national « Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2) »
43	Service national « Ophtalmologie »
44	Service national « Pédiatrie spécialisée »
45	Service national « Psychiatrie infantile »
46	Service national « Psychiatrie juvénile »
47	Service national « Soins intensifs pédiatriques »
48	Service national « Radiothérapie »
49	Service national « Rééducation fonctionnelle »
50	Service national « Réhabilitation physique »
51	Service national « Réhabilitation post-oncologique »
52	Service national « Réhabilitation psychiatrique »
53	Service national « Hospitalisation de longue durée médicale »
54	Service national « Hospitalisation de longue durée psychiatrique »
55	Service national « Procréation médicalement assistée »
56	Service national « Urgence pédiatrique »
57	Service hôpital de jour
58	Rééducation
59	Psychiatrie
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
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle		E1
Centre François Baclesse		F1
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation		G1
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique au Luxembourg		H1
Hôpital Intercommunal de Steinfort		I1
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach		J1
Mondorf Domaine Thermal		K1
Maison Omega		L1
Laboratoire national de santé		M1

Art. 11. Les médecins 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 : 011/021/031/041/051/061/071/081.

Dans le cas où il existe plusieurs dents surnuméraires dans le même site, le médecin 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.

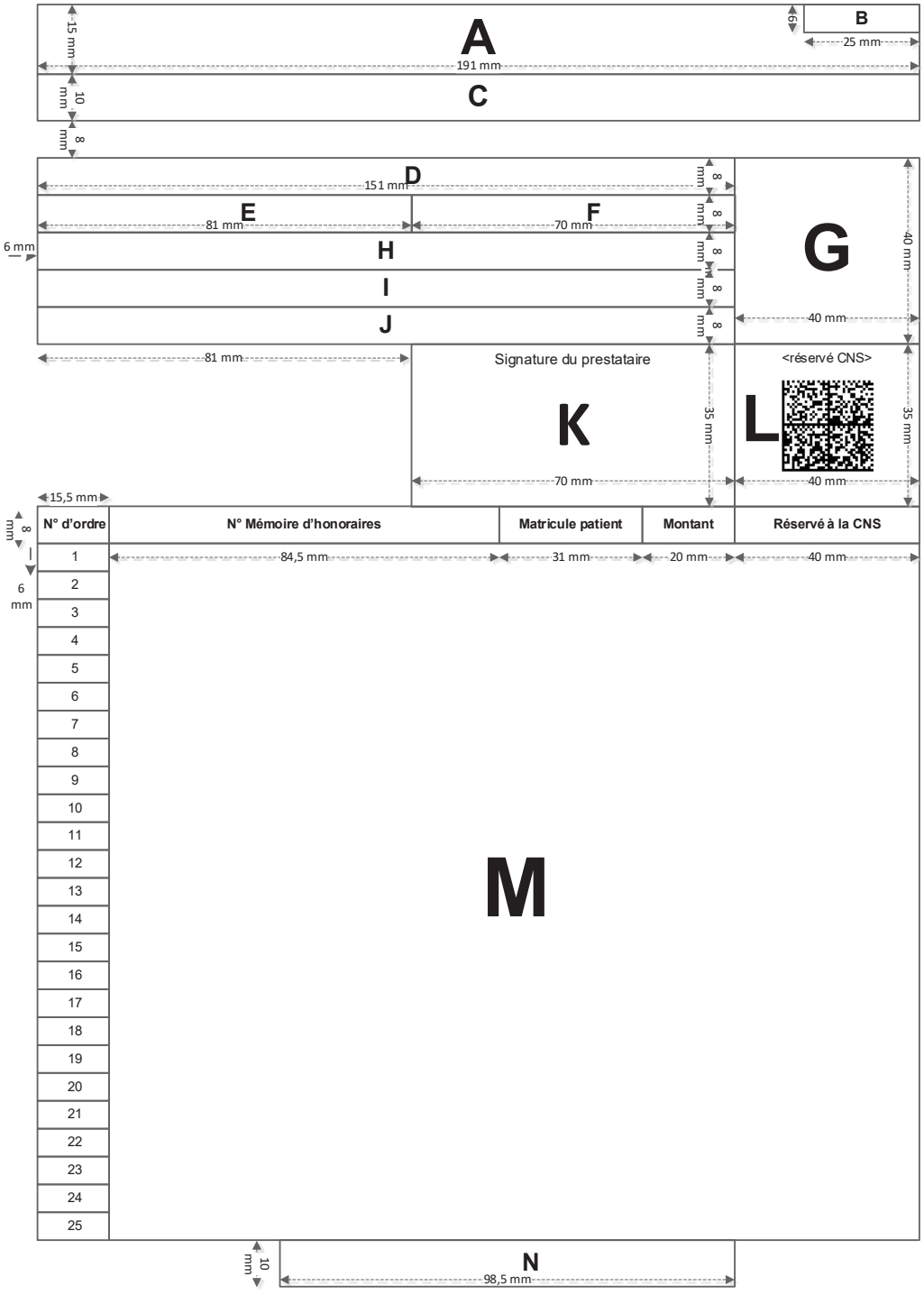
Pour les prestations (p.ex. rebasage), qui concernent tout un maxillaire (et non une dent), le médecin indique dans la case « DENT » « MS » pour le maxillaire supérieur et « MI » pour le maxillaire inférieur (en lieu et place du code « dent »). Pour les prestations qui concernent les positions de canine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

Art. 12. 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 9 ;
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. 13. 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
25 mm
6 mm
C
10 mm
8 mm
D
151 mm
E
81 mm
F
70 mm
G
40 mm
H
I
J
8 mm
6 mm
Signature du prestataire
K
L
<réservé CNS>
35 mm
40 mm
81 mm
70 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
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
M
N
98,5 mm

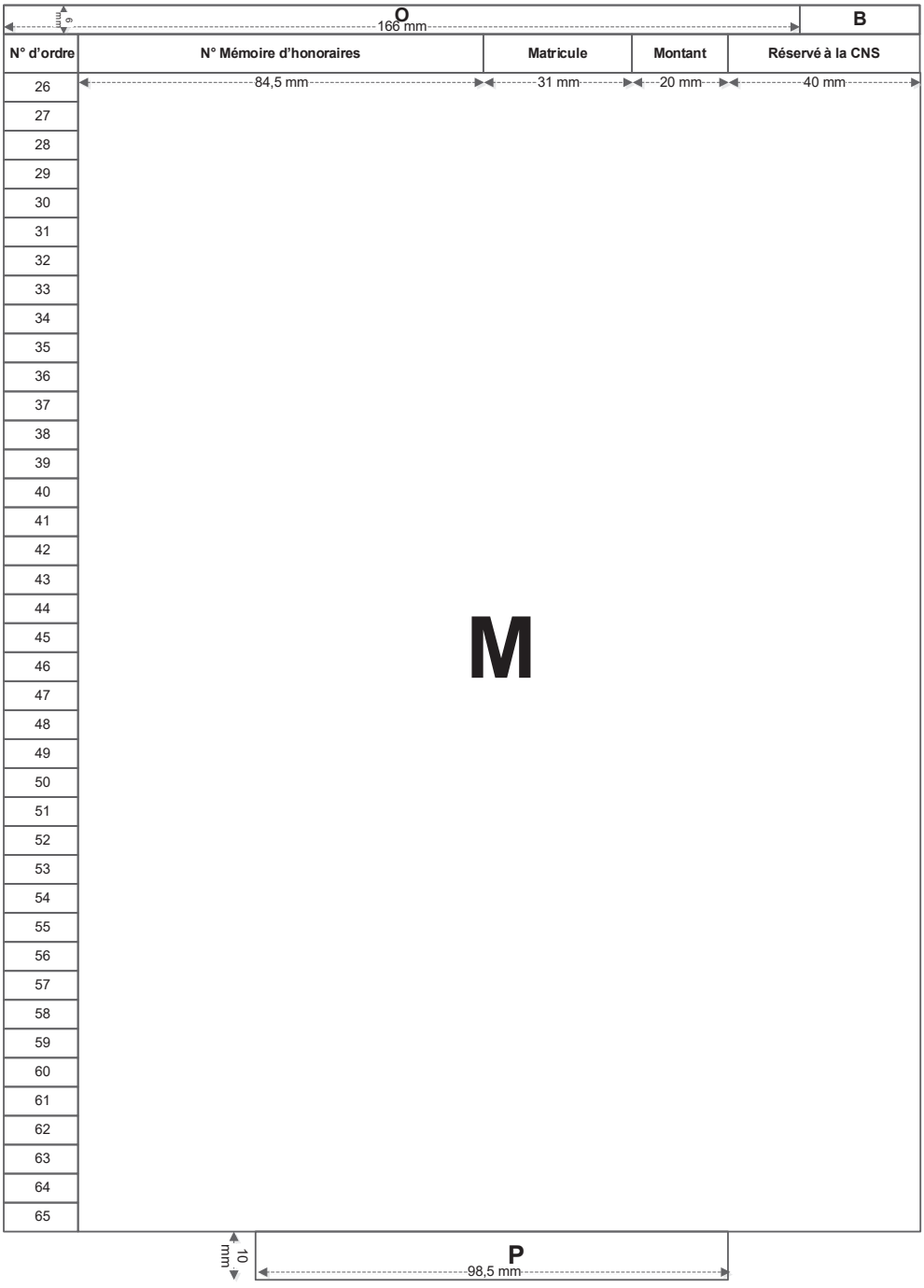
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	191,0*15,0	Arial 14 Bold Centré	Relevé récapitulatif des mémoires d'honoraires*	Titre
B	25,0*6,0	Arial 9 aligné droite	N° de page	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.
C	191,0*10,0	Arial 12 Centré	Type du relevé récapitulatif*	1 « Prise 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	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. 14. 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 13. 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.

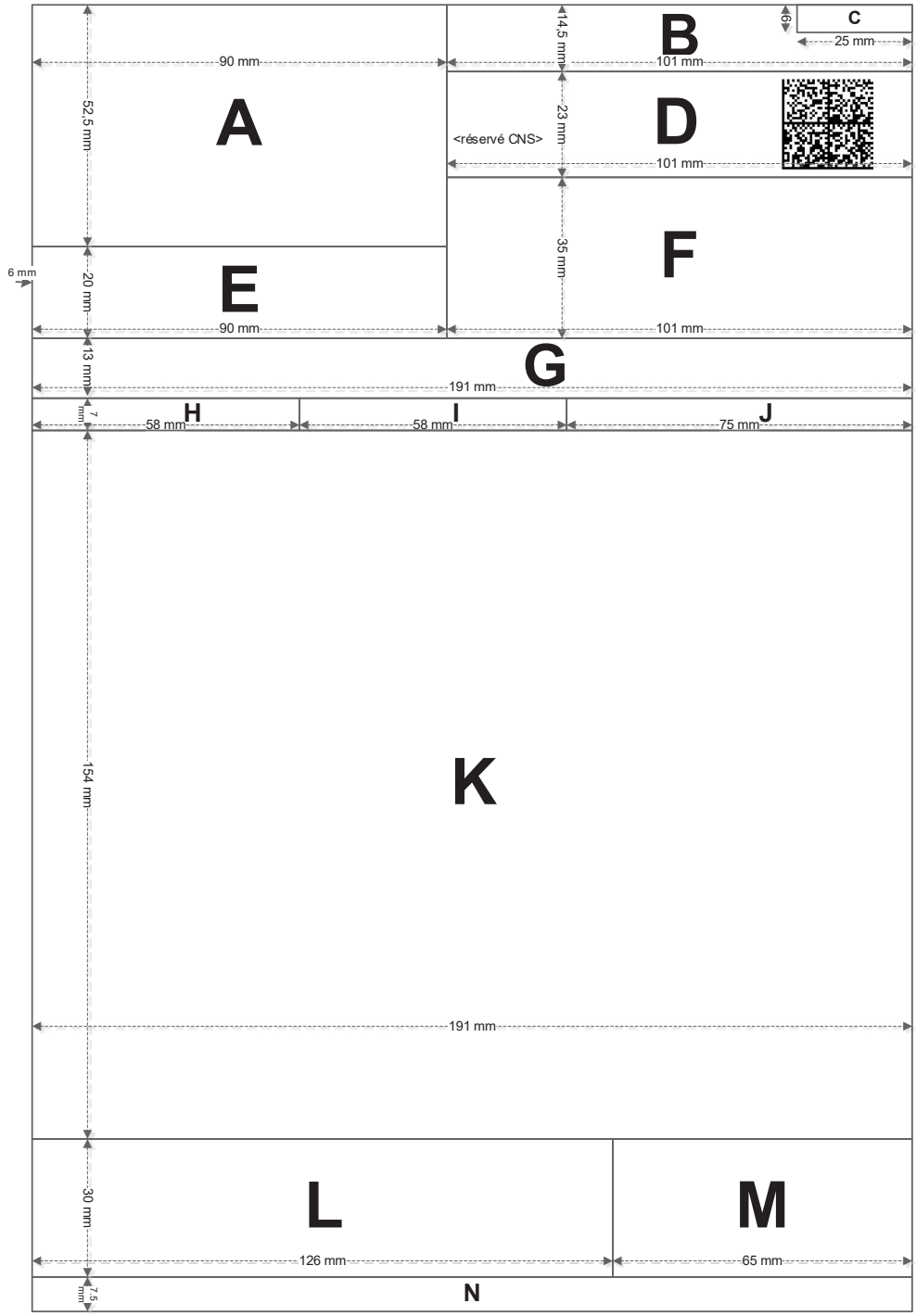
O	166,0*6,0	Arial 8	N° du relevé récapitulatif*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
P	78,5*10,0 20,0*10,0	Arial 8 Bold aligné droite	Sous-total*	Obligatoire si le relevé récapitulatif fait plusieurs pages.

Art. 15. Conformément à l'article 44 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 46 du règlement grand-ducal.

Chapitre II : Ordonnances médicales

Section 1re : Généralités relatives aux ordonnances médicales

Art. 16. 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
20 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

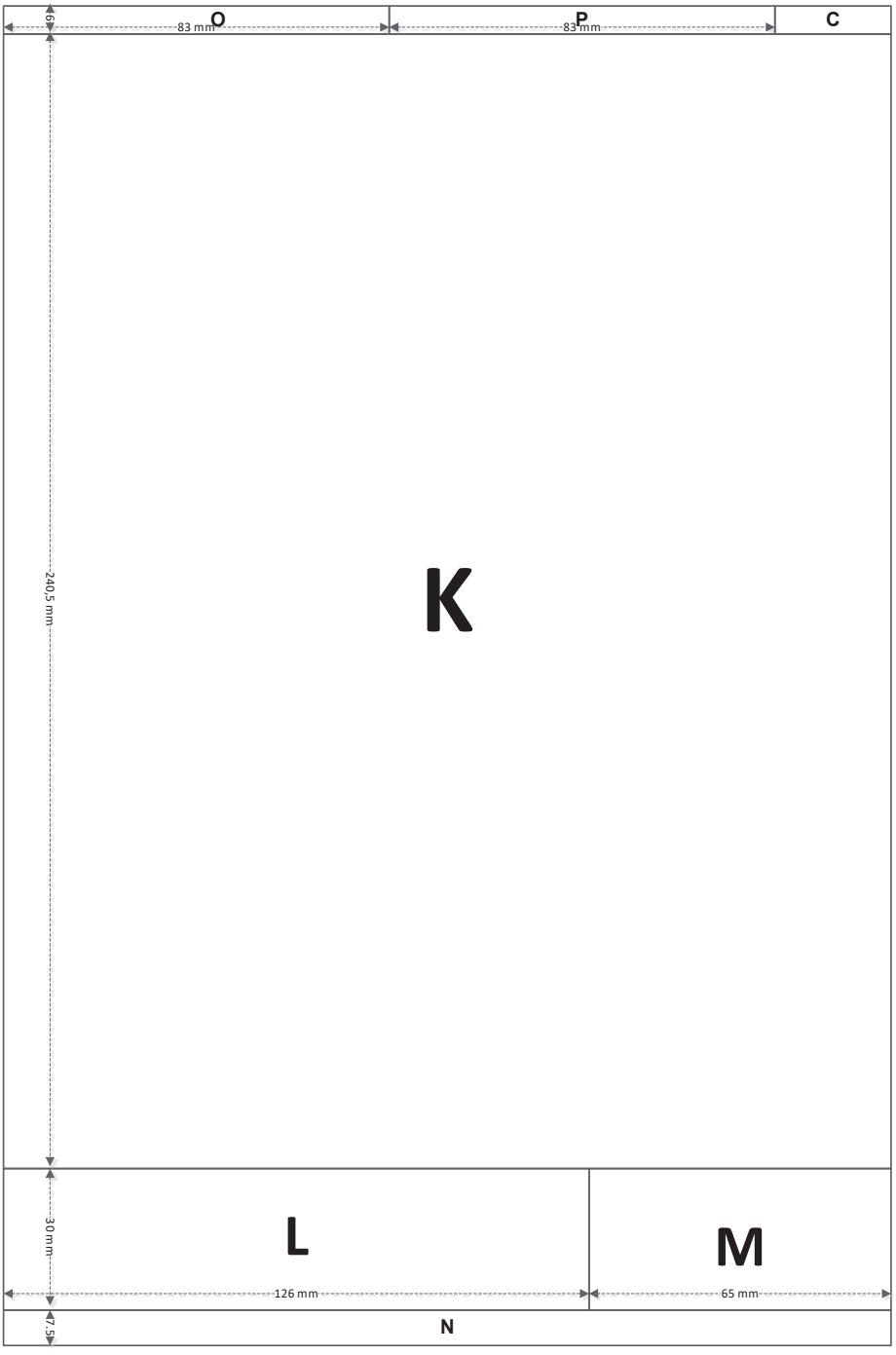
Les zones A, C, E, F et N sont identiques à celles prévues au niveau du mémoire d'honoraires.

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 18 à 43.
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 pour l'inscription des prescriptions. Le contenu de cette zone varie en fonction des types d'ordonnances tels que décrits aux articles 18 à 43. 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. 17. La mise en page de l'ordonnance médicale sur plusieurs pages, telles que prévues aux articles 19, 28, 34 et 36 doit correspondre aux modalités suivantes :

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

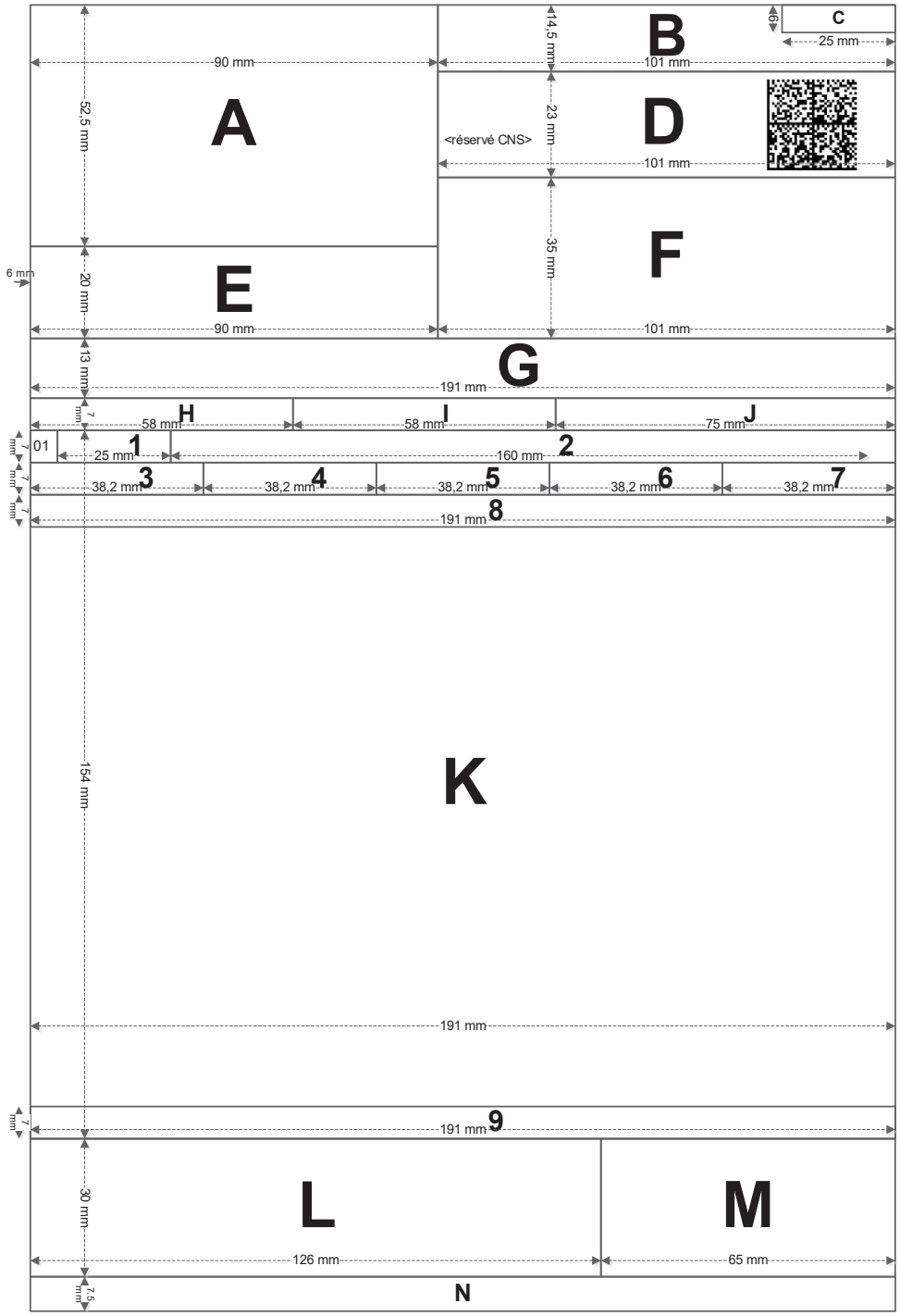

6
O
83 mm
P
83 mm
C
240,5 mm
K
30 mm
L
126 mm
M
65 mm
7,5
N

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 18 à 43. 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. 18. 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
6 mm
20 mm
13 mm
7 mm
58 mm
75 mm
160 mm
38,2 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm
191 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.

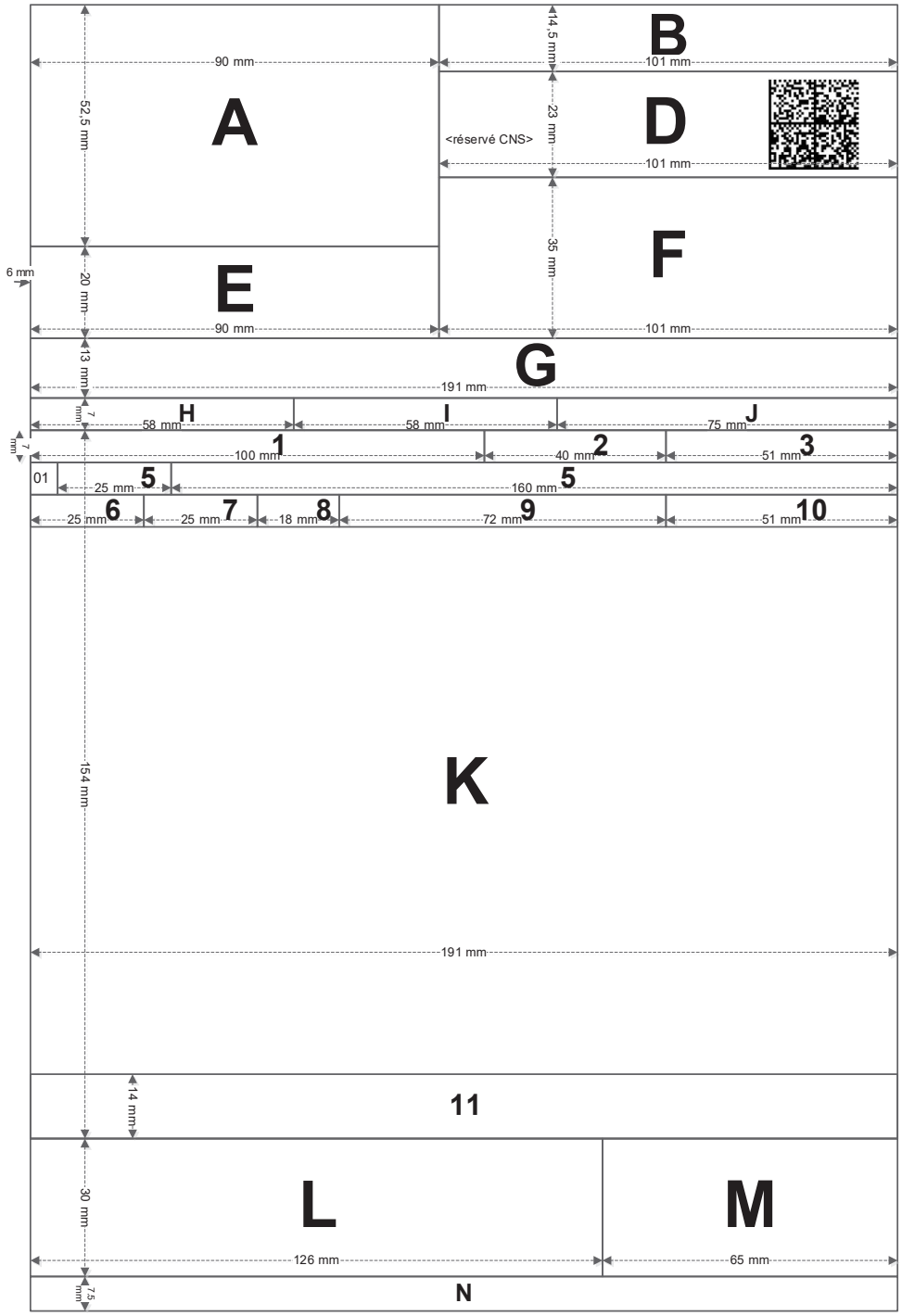
Les indications prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code ou libellé prescrit.

Art. 19. Dans les cas où le médecin 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 17 ;
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. 20. 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
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
5
5
6
7
8
9
10
11
<réservé CNS>
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
7 mm
191 mm
58 mm
58 mm
75 mm
100 mm
40 mm
51 mm
01
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

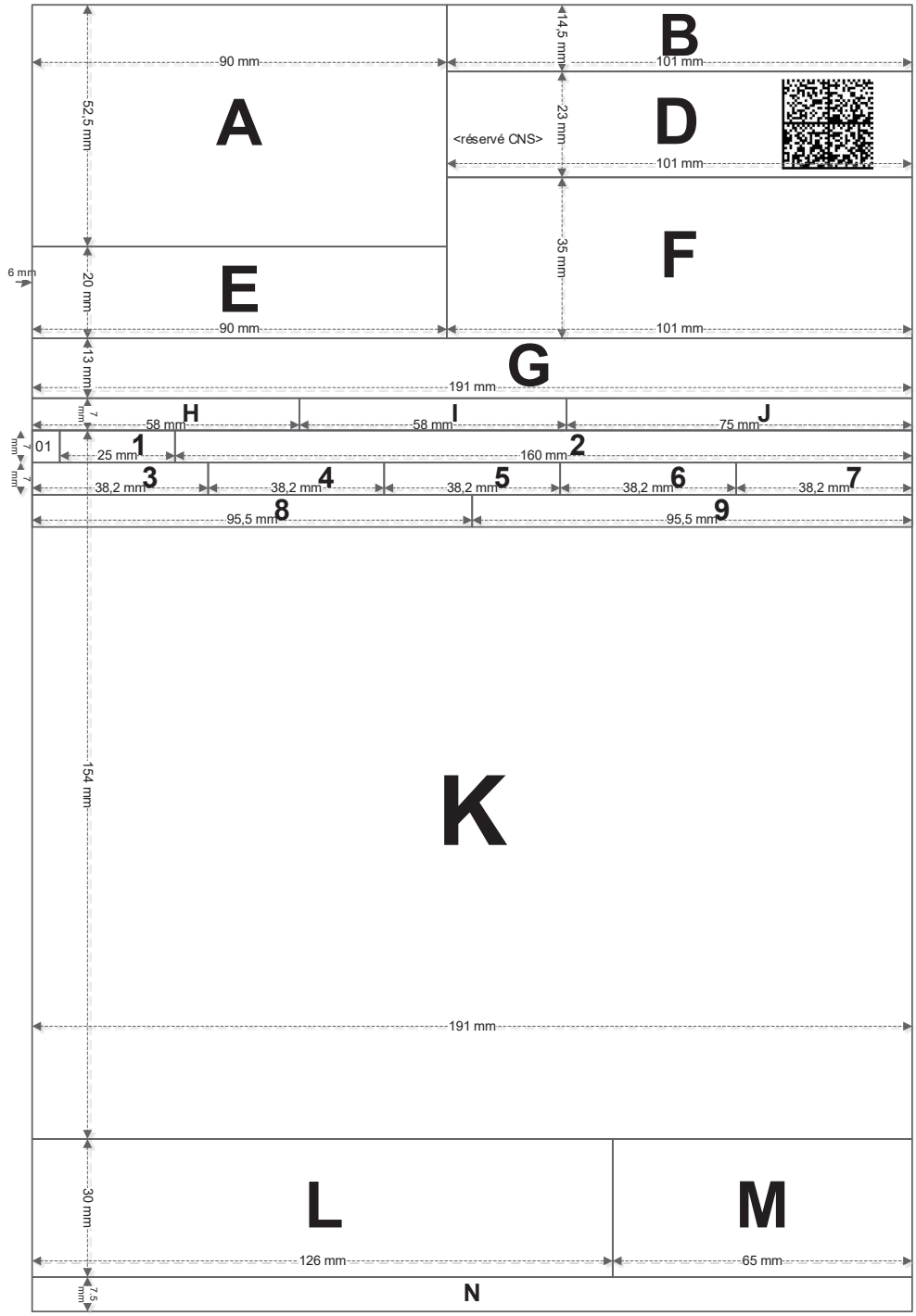
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	100,0*7,0	Arial 9	Type de traitement*	Indication du type de traitement : 1 - Pathologie courante 2 - Pathologie lourde 3 - Rééducation post-chirurgicale
2	40,0*7,0	Arial 9	Code pathologie	Obligatoire en cas d'indication d'une pathologie lourde (cf. Annexe G 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. 21. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des infirmiers, la zone G de l'ordonnance médicale est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers responsables de soins généraux » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

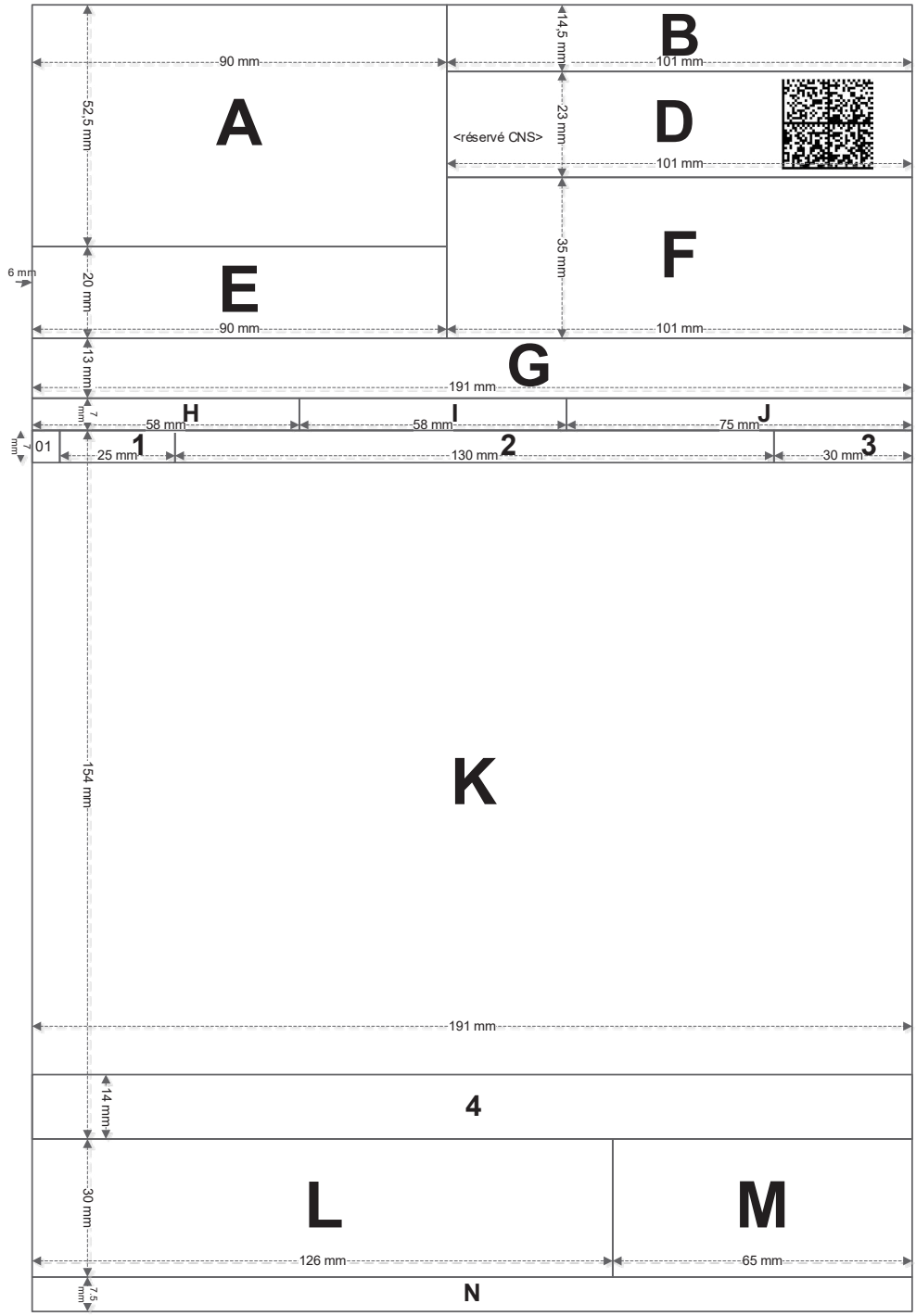

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
6
7
8
9
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
38,2 mm
95,5 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 infirmiers. 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 infirmiers. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	38,2*7,0	Arial 9	Nombre	Nombre d'actes prescrits Obligatoire si zones 4 à 7 non remplies.
4	38,2*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois) Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
5	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
6	38,2*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois) Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
7	38,2*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois Obligatoire si zone 3 « Nombre » pas remplie.
8	95,5*7,0	Arial 9	Nom du médicament	Obligatoire si injection.
9	95,5*7,0	Arial 9	Dosage	Obligatoire si injection.

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

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

Art. 22. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychothérapie » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

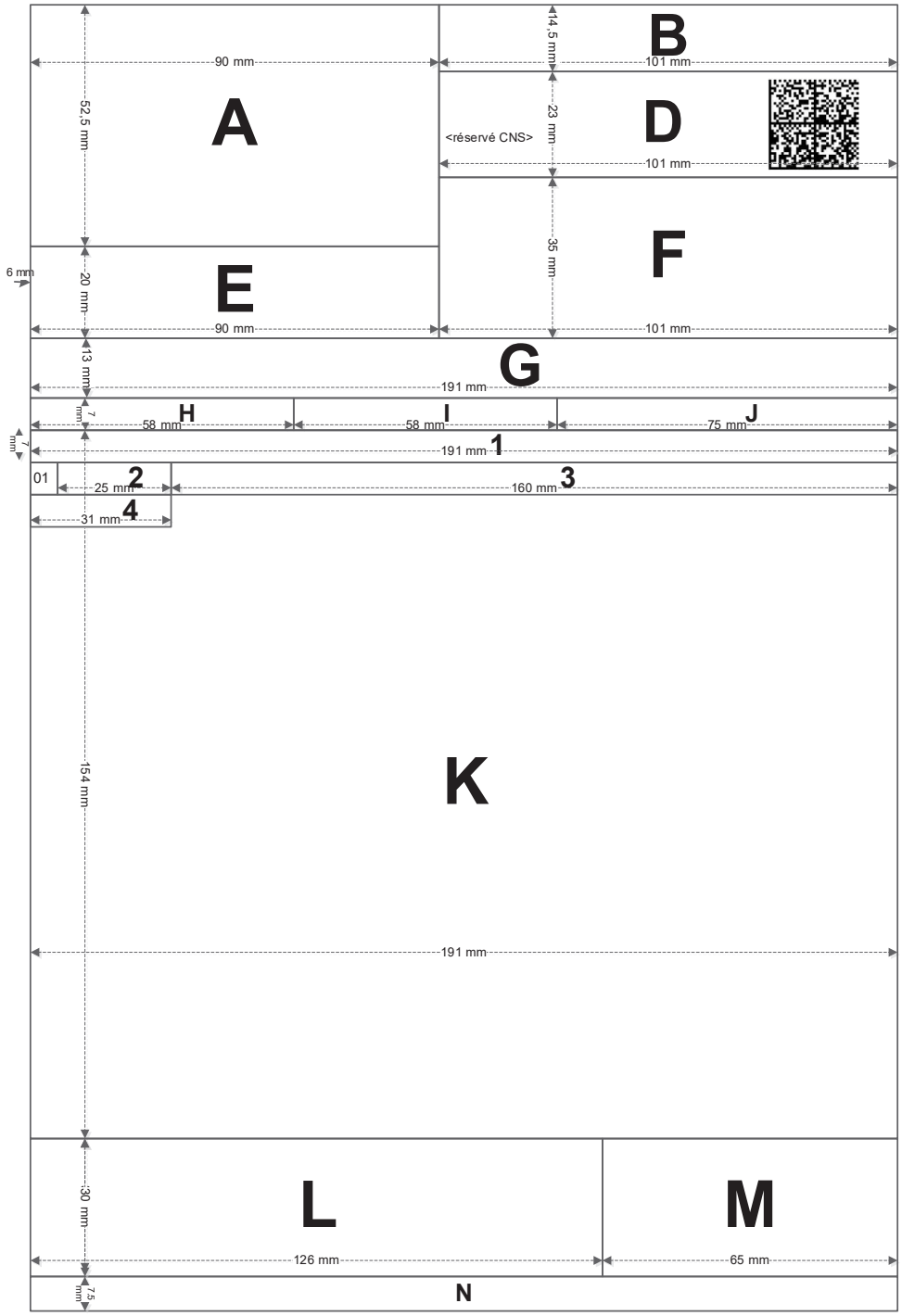

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
K
4
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
130 mm
30 mm
154 mm
14 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 psychothérapeutes. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	130,0*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 psychothérapeutes. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	30,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre de séances prescrites.
4	191,0*14,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Le(a) soussigné(e) certifie que le(a) patient(e) nécessite des séances de psychothérapie, qu'il(elle) n'a pas constaté de contre-indication médicale et qu'il(elle) n'a pas constaté d'origine somatique du trouble mental ou comportemental, ou que celle-ci est en cours de traitement.

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

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

Art. 23. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des diététiciens, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Diététique » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

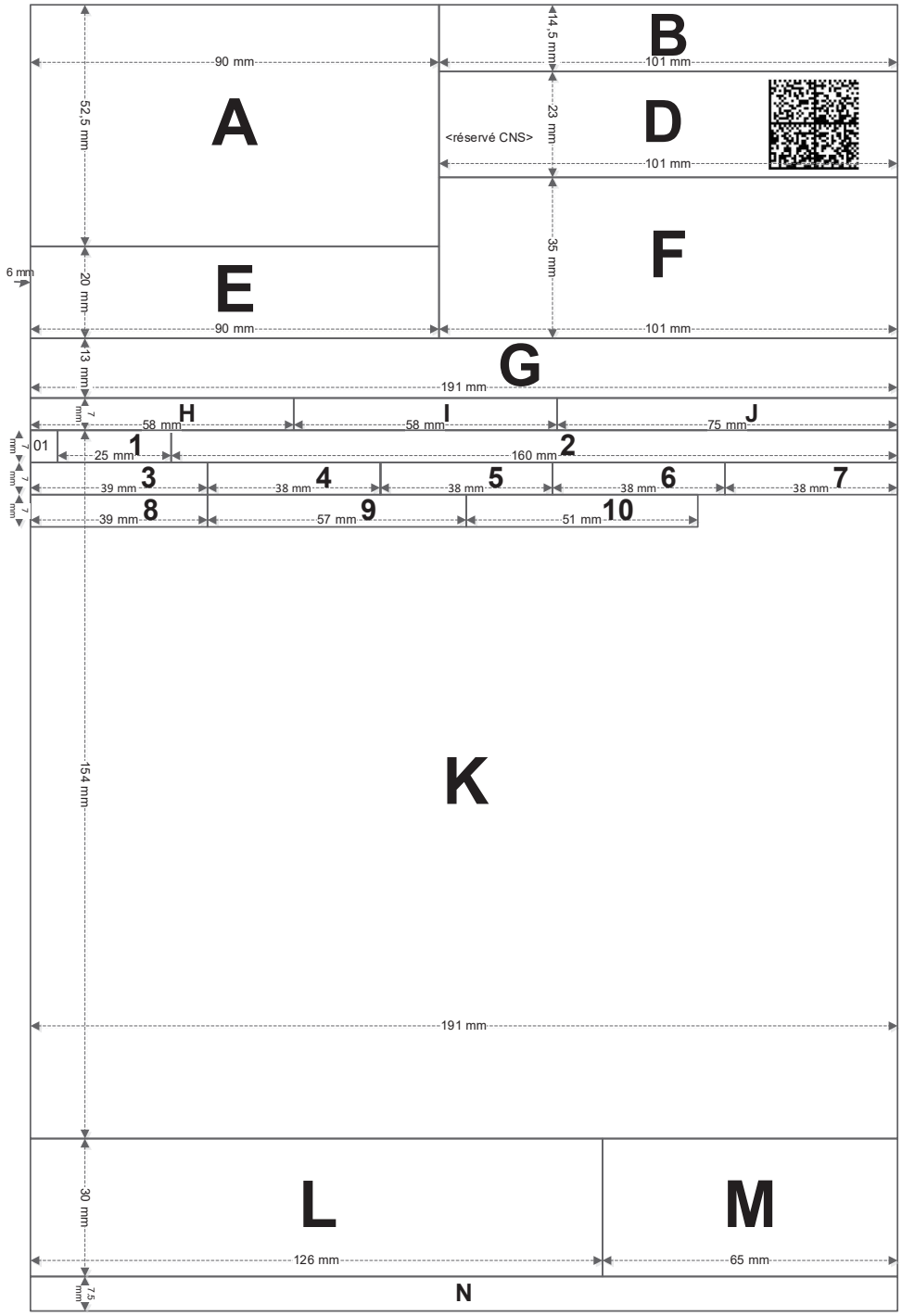

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
4
01
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
31 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9	Code(s) pathologie*	Indication du code pathologie (cf. annexe E des statuts de la CNS).
2	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 diététiciens. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
3	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 diététiciens. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
4	31,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.

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

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

Art. 24. 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 :

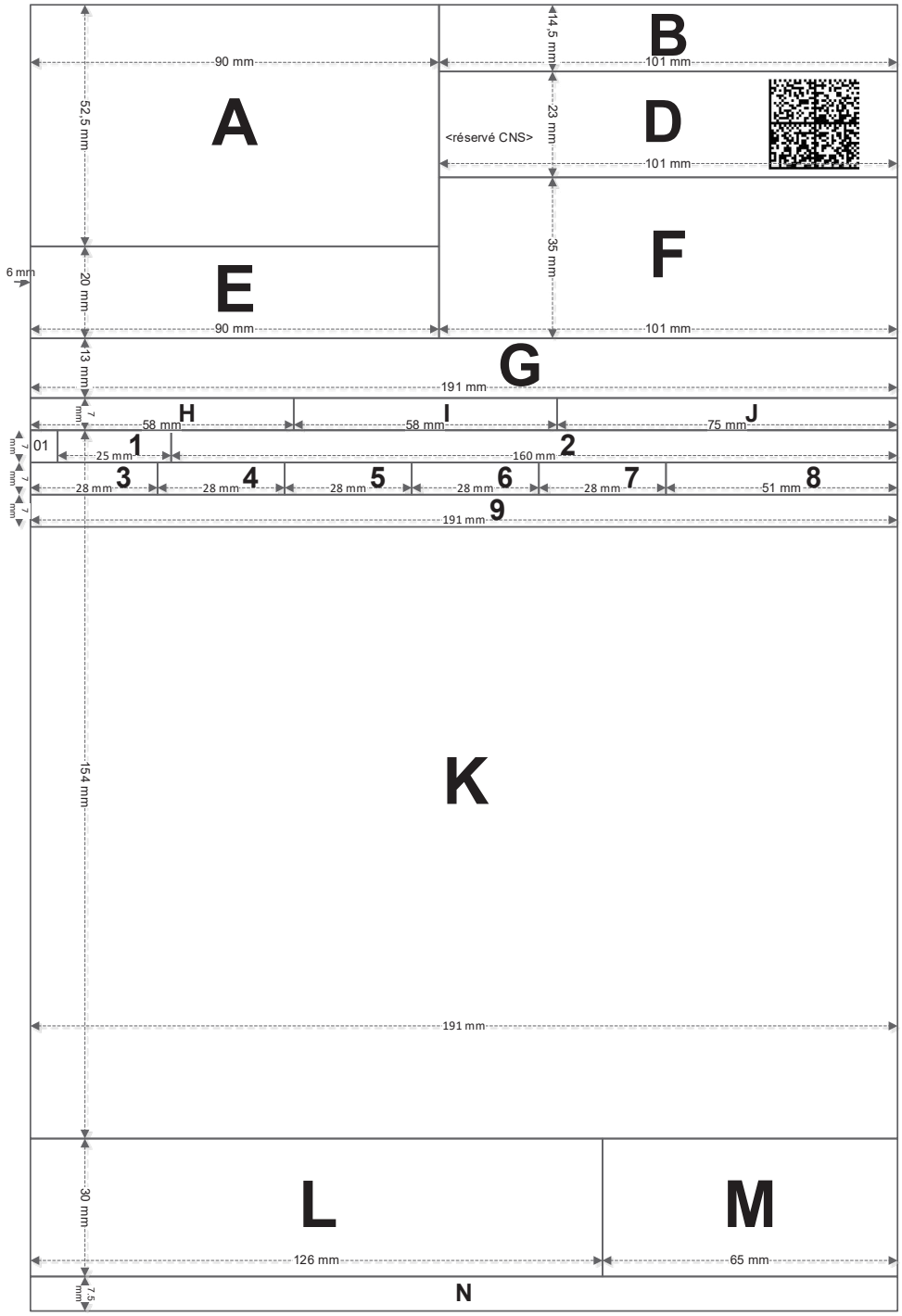

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
39 mm
38 mm
57 mm
51 mm
154 mm
191 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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. 25. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des sages-femmes, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

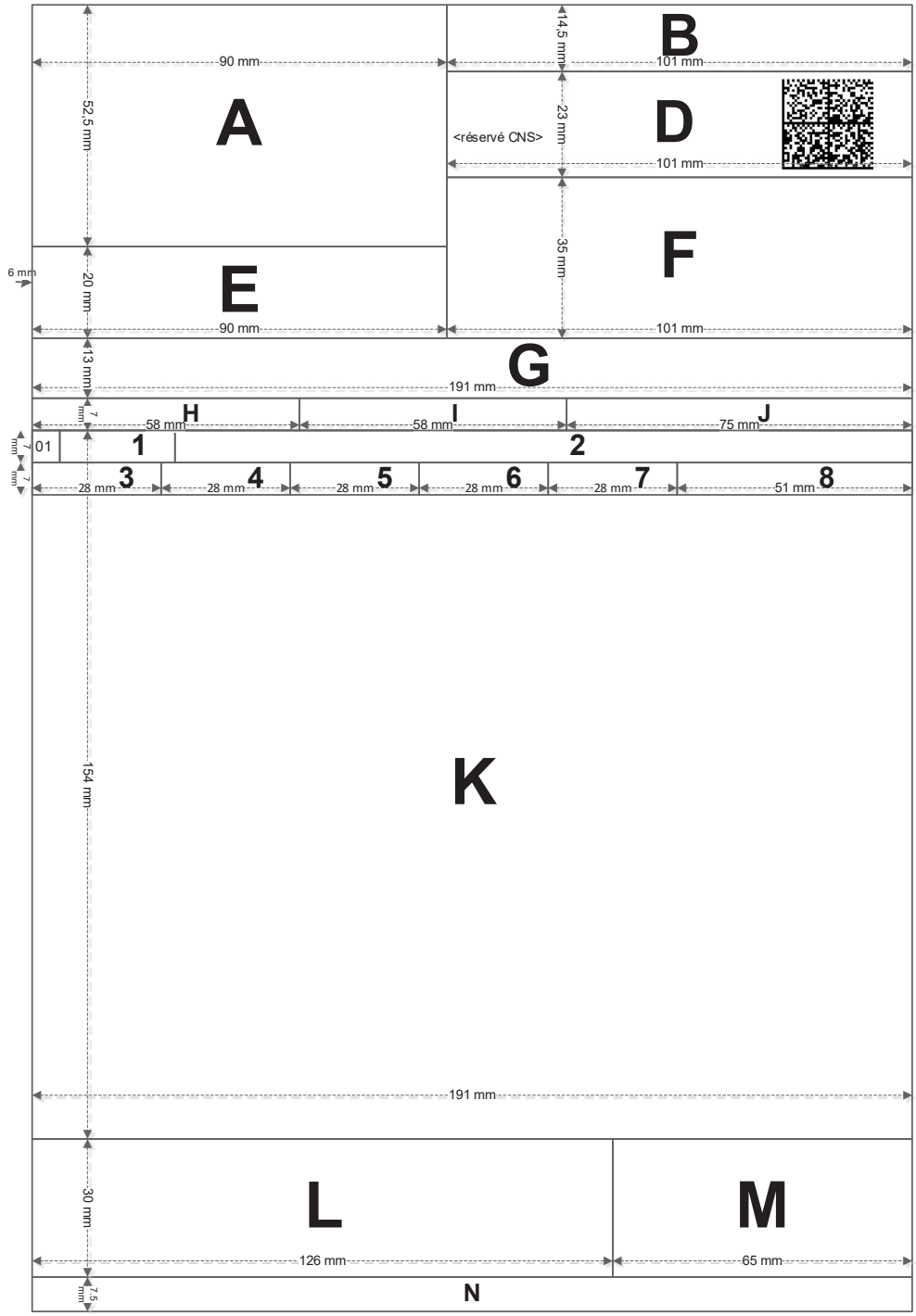

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
6
7
8
9
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
7 mm
58 mm
75 mm
25 mm
160 mm
28 mm
51 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 sages-femmes. 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 sages-femmes. Obligatoire si zone 2 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	28,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	28,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	28,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.
9	191,0*7,0	Arial 9	Justification médicale	Texte libre.

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

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

Art. 26. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Psychomotricité » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :

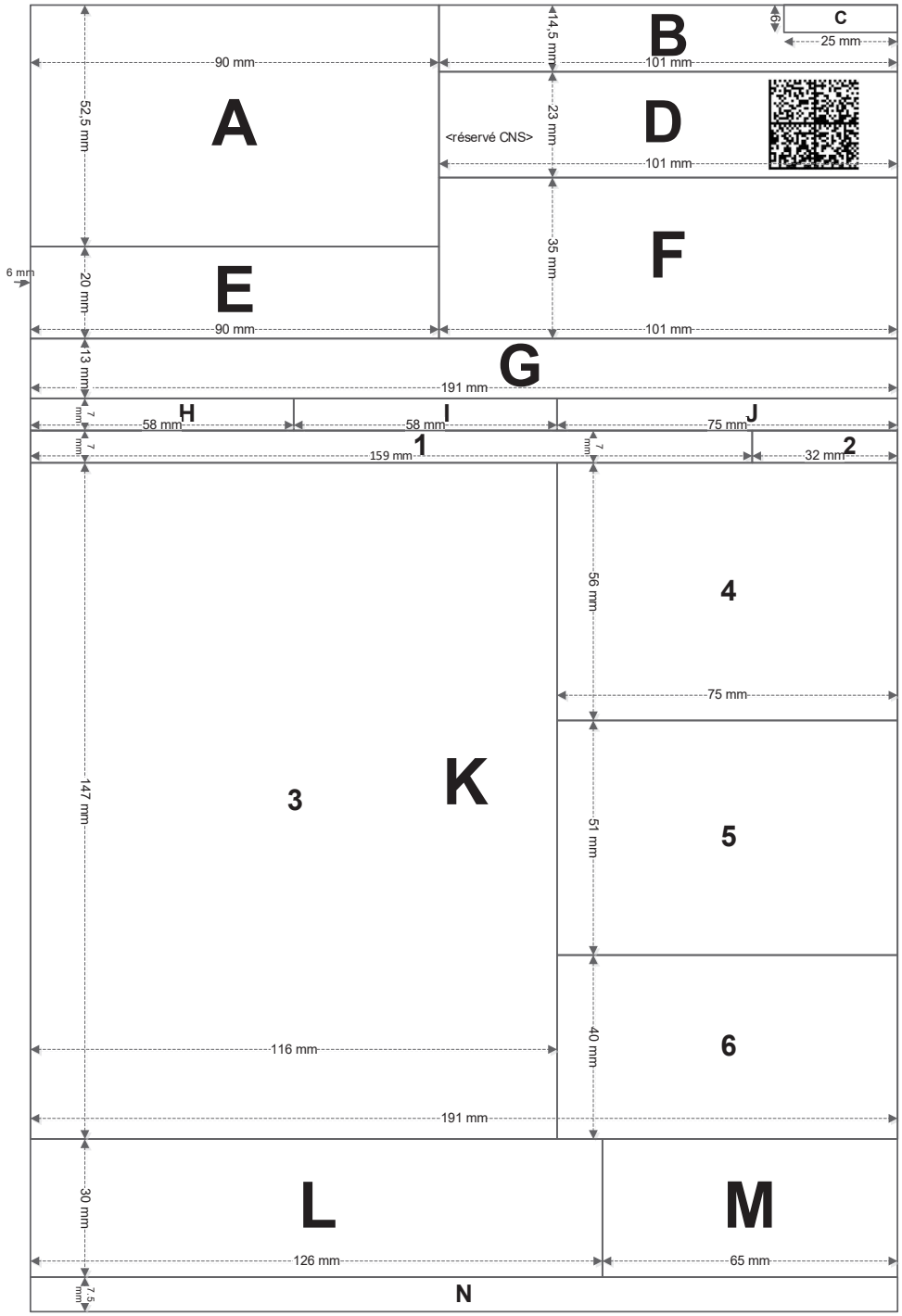

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
01
1
2
3
4
5
6
7
8
K
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
20 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
28 mm
51 mm
154 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 rééducateurs en psychomotricité. 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 rééducateurs en psychomotricité. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	28,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	28,0*7,0	Arial 9	Fréquence	Nombre (jour / semaine / mois)
5	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la fréquence	Intervalle de la fréquence : 1 - jour 2 - semaine 3 - mois
6	28,0*7,0	Arial 9	Durée	Nombre (jour(s) / semaine(s) / mois)
7	28,0*7,0	Arial 9	Intervalle de la durée	Intervalle de la durée : 1 - jour(s) 2 - semaine(s) 3 - mois
8	51,0*7,0	Arial 9	Traitement à domicile	A cocher si nécessité constatée.

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

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

Art. 27. 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 doit faire précéder chaque médicament, aliment médical ou dispositif médical d'un numéro d'ordre, ne pouvant dépasser six numéros d'ordre par page.

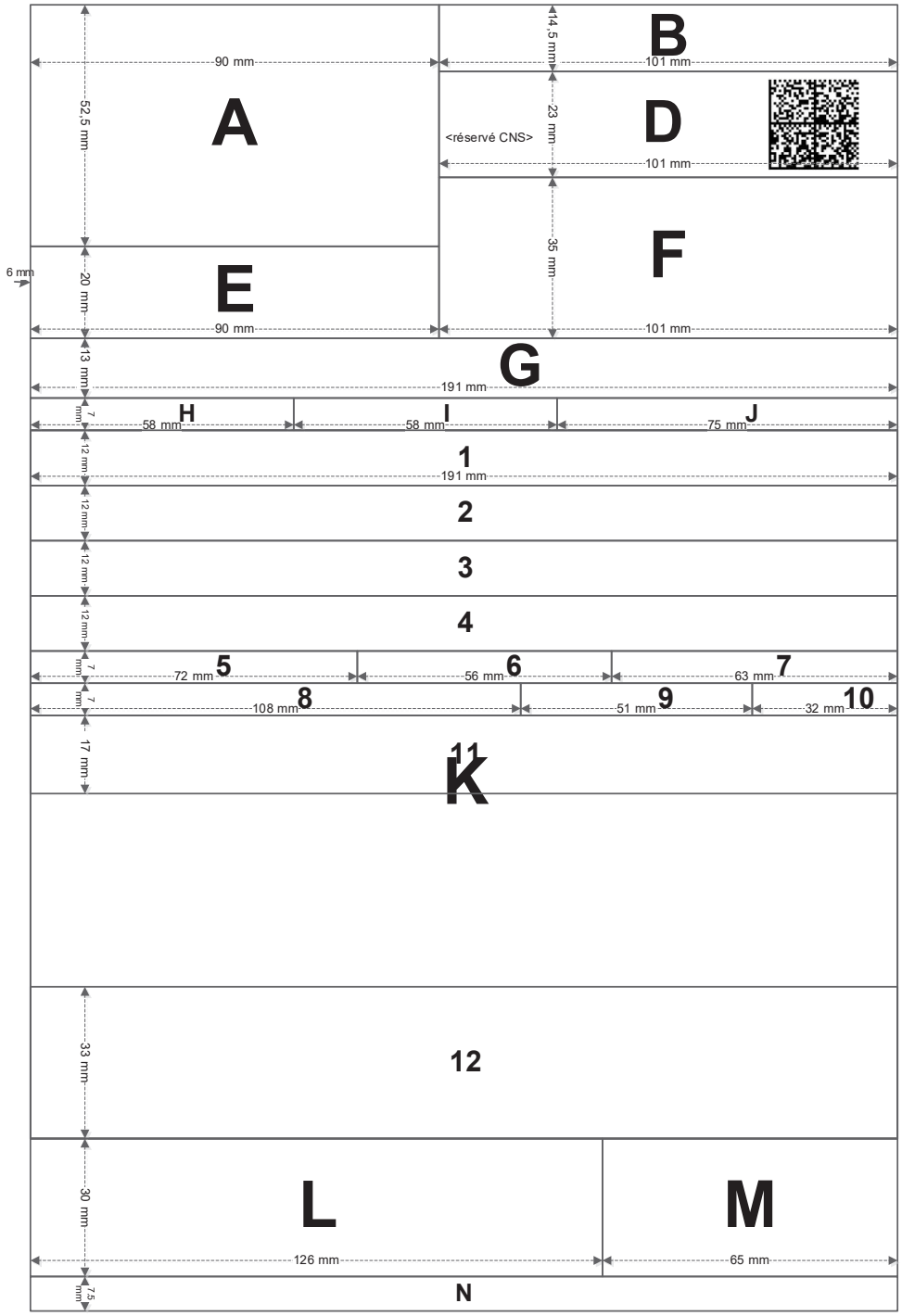
Par dérogation à ce qui précède et dans le cadre de la prescription d'une prothèse, épithèse ou orthèse, les zones 1, 2, 4 et 5 comprises dans la zone K ne sont pas remplies et la zone 3 comprise dans la zone K est complétée par un texte libre et, le cas échéant, par la motivation médicale.

Art. 28. Dans les cas où le médecin 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 17 ;
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. 29. 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 :

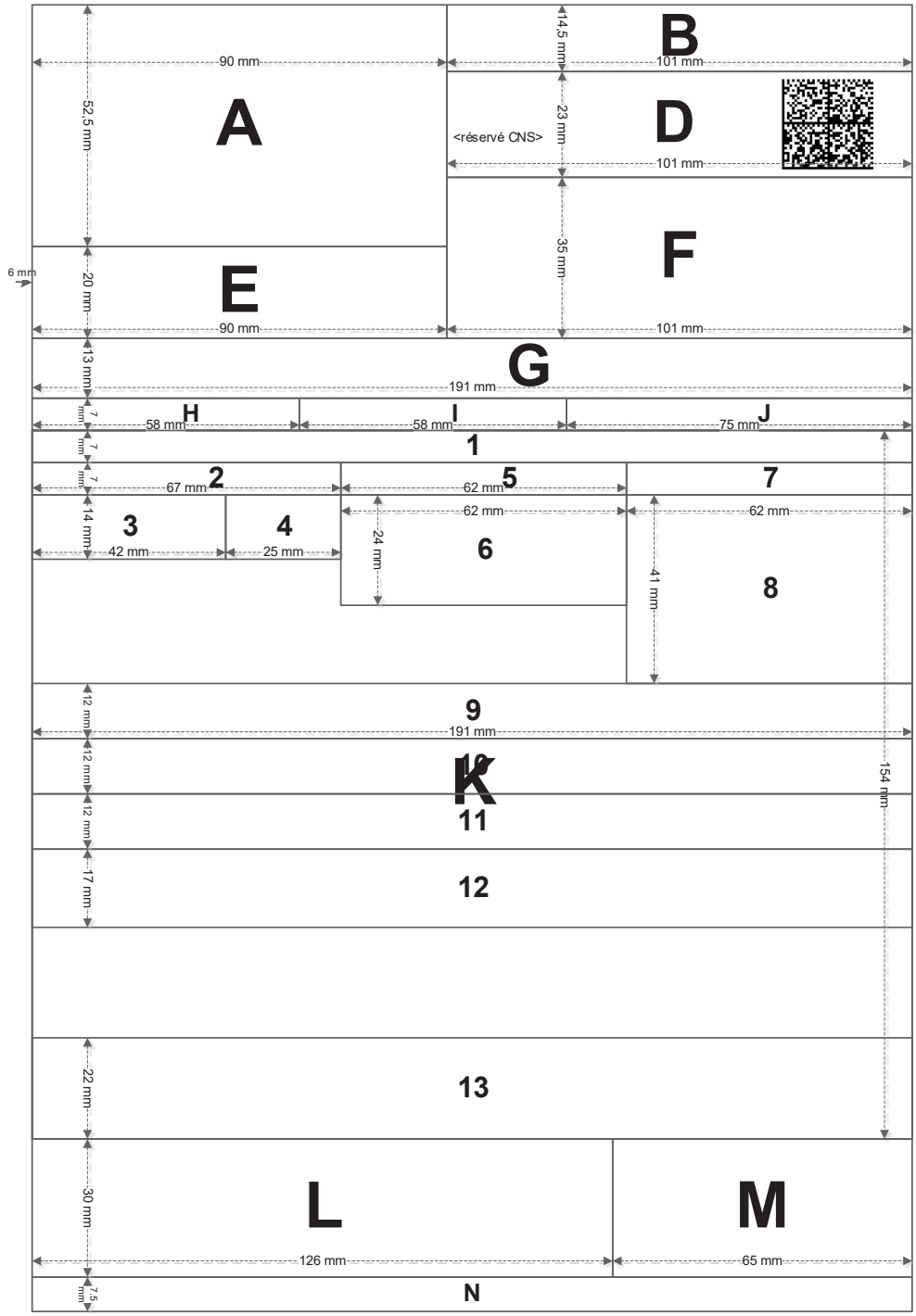

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
K
12
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
12 mm
72 mm
56 mm
63 mm
108 mm
51 mm
32 mm
17 mm
33 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

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

Art. 30. 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 :

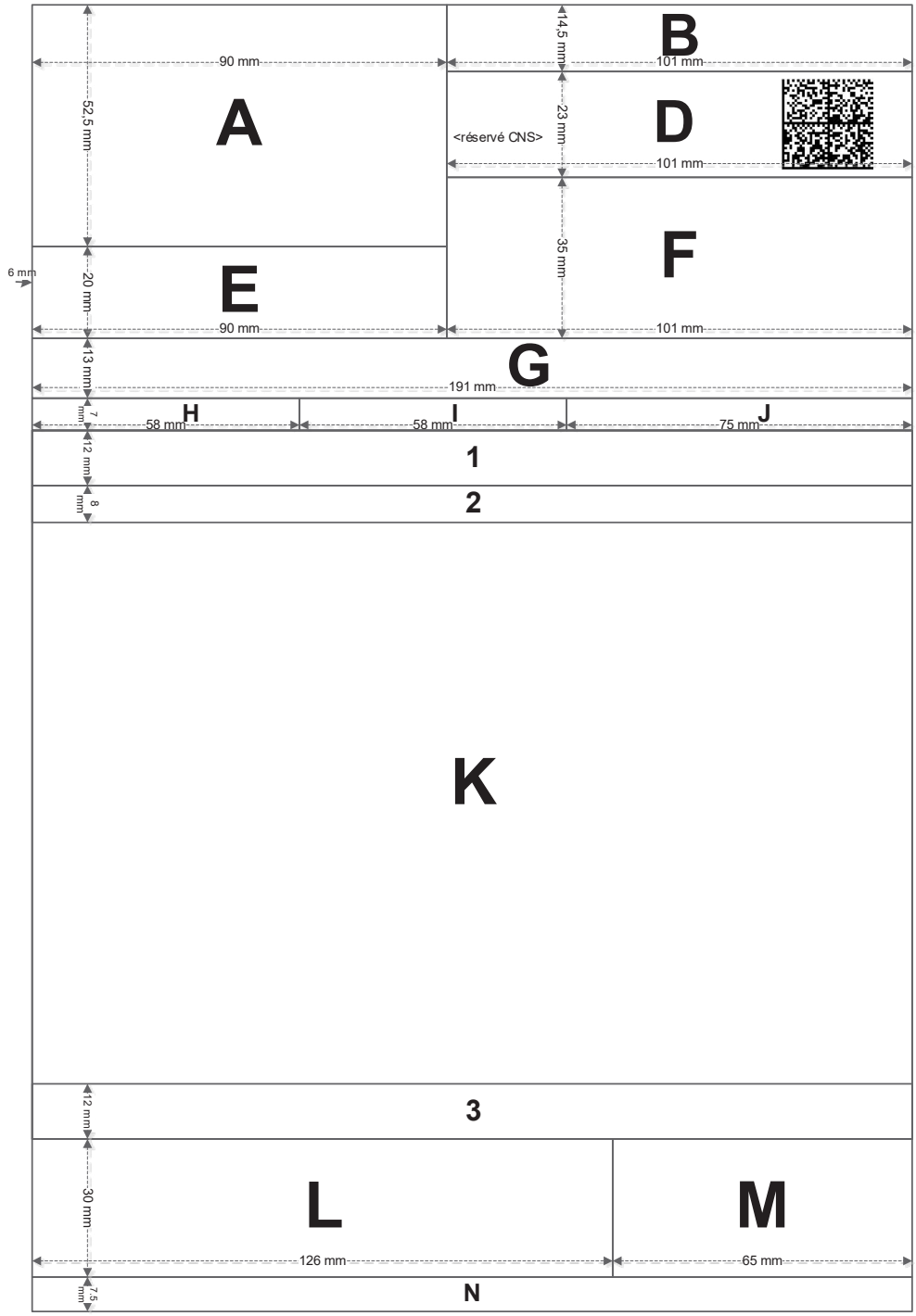

A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
K
11
12
13
L
M
N
90 mm
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
23 mm
35 mm
6 mm
20 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
67 mm
62 mm
14 mm
42 mm
25 mm
24 mm
41 mm
12 mm
154 mm
17 mm
22 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

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 émet une ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

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

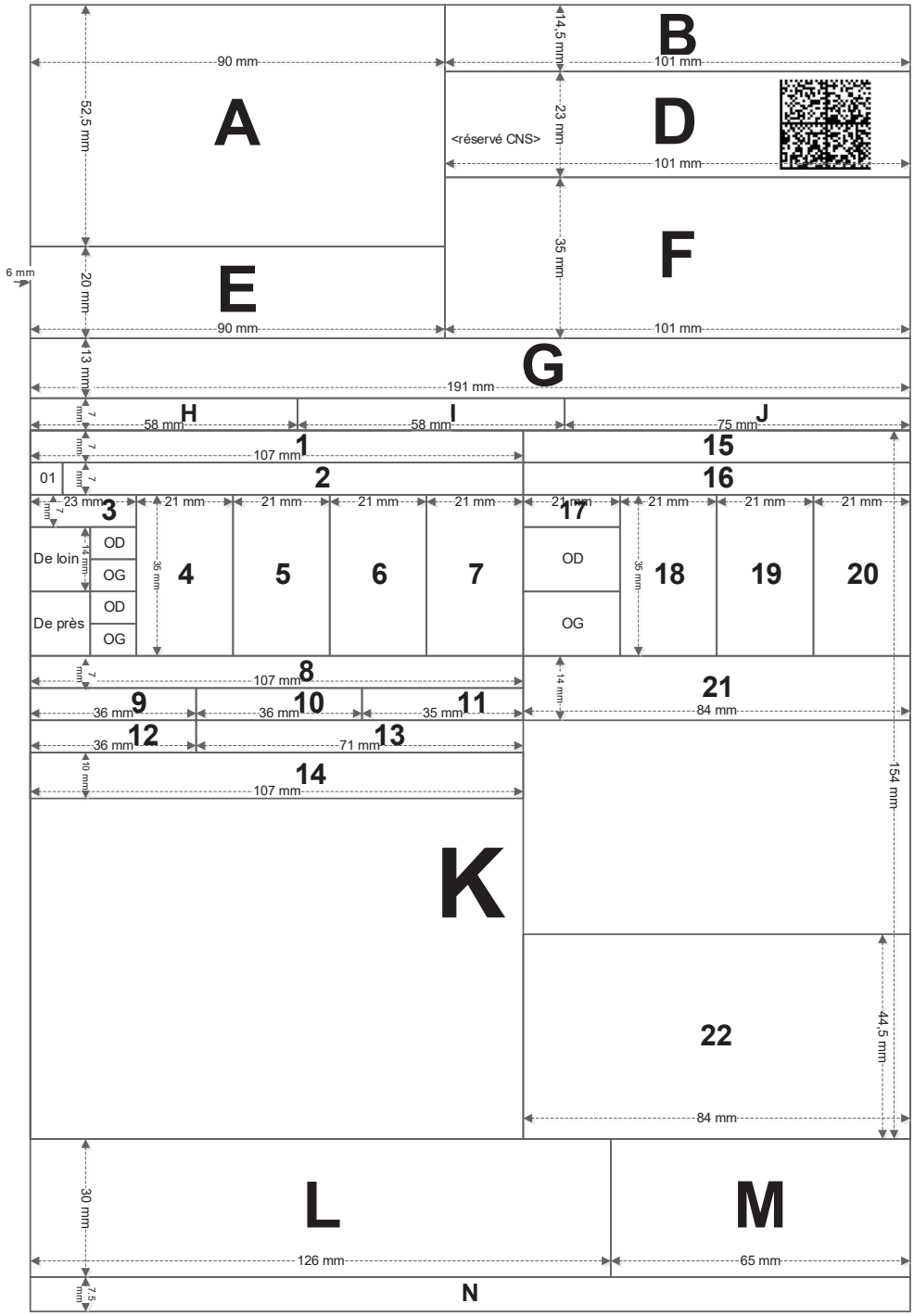
Art. 31. Dans le cadre de la prescription d'une désinfection pour transport en ambulance, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Désinfection pour transport en ambulance » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
<réservé CNS>
E
F
G
H
I
J
1
2
K
3
L
M
N
90 mm
101 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
20 mm
35 mm
6 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 émet une nouvelle ordonnance médicale : désinfection pour transport en ambulance.

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

Art. 32. Dans le cadre de la prescription relative à des aides visuelles, à savoir lunettes et lentilles, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Aides visuelles » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
01
De loin
De près
OD
OG
<réservé CNS>
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
107 mm
84 mm
36 mm
71 mm
35 mm
21 mm
14 mm
10 mm
154 mm
44,5 mm
126 mm
65 mm
30 mm
7,5 mm
7 mm

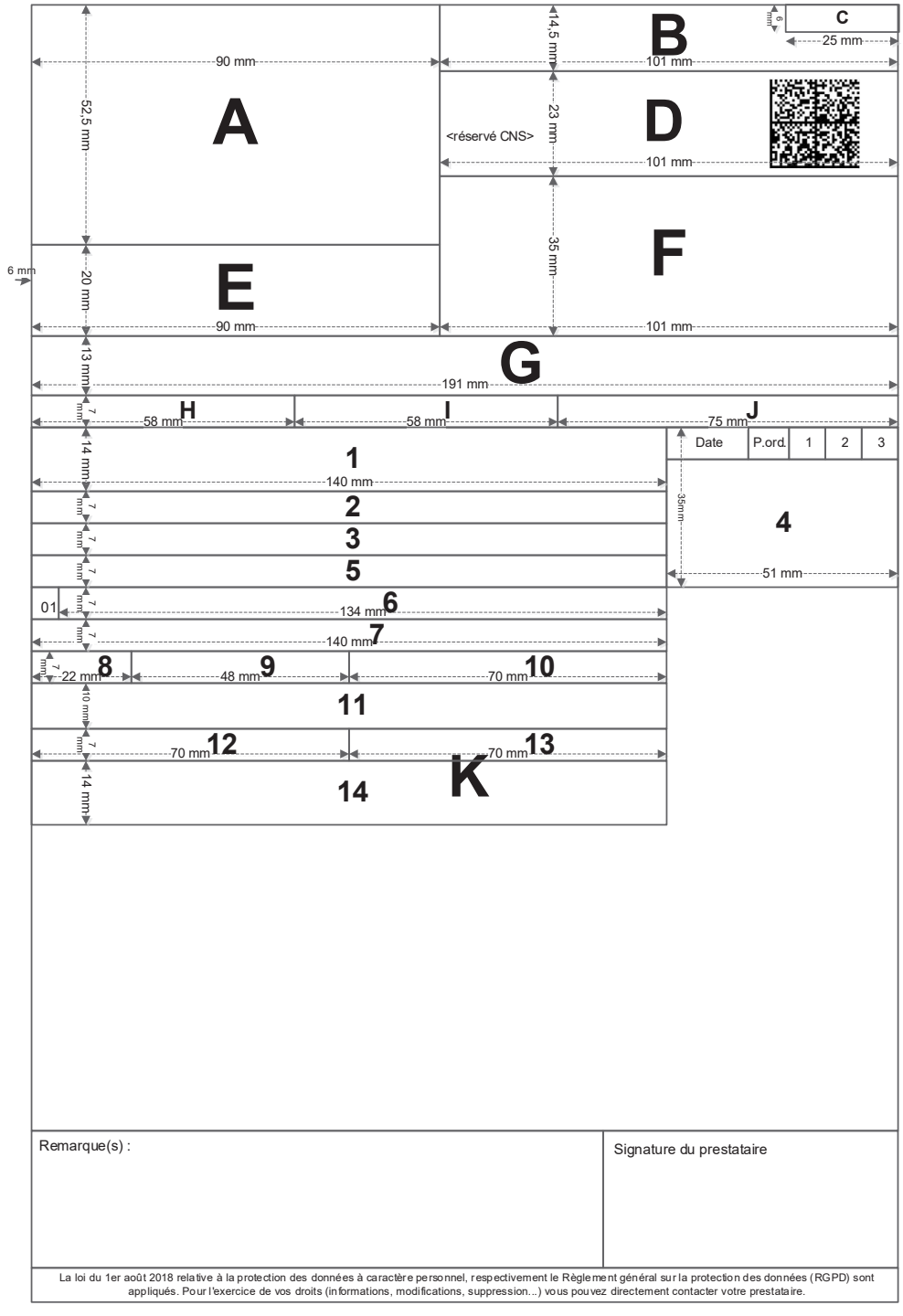
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	107,0*7,0	Arial 9 Bold	Lunettes	Titre
2	53,5*7,0 53,5*7,0	Arial 9	Monture / Verres	Indication du nombre de monture(s) / verre(s).
3	21,0*7,0	Arial 9	VD	Indication en mm.
4	21,0*7,0	Arial 9	Sphère	Obligatoire en cas de déficience visuelle et suivi par les paramètres de celle-ci.
5	21,0*7,0	Arial 9	Cylindre	Obligatoire en cas de déficience visuelle et suivi par les paramètres de celle-ci.
6	21,0*7,0	Arial 9	Axe	Si indication au niveau axe, obligation de renseigner les paramètres.
7	21,0*7,0	Arial 9	Prisme	Si indication au niveau prisme, obligation de renseigner les paramètres.
8	107,0*7,0	Arial 9	Addition de près	Définition de l'addition de près.
9	36,0*7,0	Arial 9	Foyer variable	A cocher si constaté.
10	36,0*7,0	Arial 9	Bifocal	A cocher si constaté.
11	35,0*7,0	Arial 9	Combiné	A cocher si constaté.
12	36,0*7,0	Arial 9	Teinte	A cocher si nécessité constatée.
13	71,0*7,0	Arial 9	Indication médicale	Indication du code, obligatoire si case « Teinte » a été cochée
14	107,0*10,0	Arial 9	Justification médicale	Texte libre permettant notamment la transmission d'une justification médicale
15	84,0*7,0	Arial 9 Bold	Lentilles	Titre
16	84,0*7,0	Arial 9	Réfraction	Titre
17	21,0*35,0	Arial 9	VD	Indication en mm.
18	21,0*35,0	Arial 9	Sphère	Précision pour chaque œil suivi par les paramètres.
19	21,0*35,0	Arial 9	Cylindre	Précision pour chaque œil suivi par les paramètres.
20	21,0*35,0	Arial 9	Axe	Si indication au niveau axe, obligation de renseigner les paramètres.

21	84,0*14,0	Arial 9	Indication médicale	Indication du code de la pathologie, obligatoire si prescription de lentilles de contact
22	84,0*44,5	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 code prescrit.

Art. 33. Dans le cadre de la prescription d'actes, de services et de fournitures de la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, concernant les vêtements de compression et de contention, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » 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
C
6 mm
25 mm
<réservé CNS>
D
23 mm
101 mm
E
20 mm
90 mm
F
35 mm
101 mm
6 mm
G
13 mm
191 mm
H
7 mm
58 mm
I
58 mm
J
75 mm
1
14 mm
140 mm
Date
P.ord.
1
2
3
2
3
5
4
35mm
51 mm
01
6
134 mm
7
140 mm
8
22 mm
9
48 mm
10
70 mm
11
10 mm
12
70 mm
13
70 mm
14
14 mm
K
Remarque(s) :
Signature du prestataire
La loi du 1er août 2018 relative à la protection des données à caractère personnel, respectivement le Règlement général sur la protection des données (RGPD) sont appliqués. Pour l'exercice de vos droits (informations, modifications, suppression...) vous pouvez directement contacter votre prestataire.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	140,0*14,0	Arial 9	Diagnostic médical / Intervention chirurgicale*	Indication du diagnostic médical ou de l'intervention chirurgicale.
2	100,0*7,0 40,0*7,0	Arial 9	Date de l'intervention chirurgicale	A renseigner si connue. Date : JJ/MM/AAAA
3	100,0*7,0 40,0*7,0	Arial 9	Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique	A renseigner si connue. Date : JJ/MM/AAAA
4	51,0*35,0	Arial 8	Grille destinée à l'enregistrement des délivrances successives des vêtements de compression et de contention	Cette zone est réservée à la pharmacie ou à l'orthopédiste-cordonnier-bandagiste pour l'inscription des délivrances successives des vêtements de compression et de contention délivrés.
	18,0*7,0		Date	Dates de délivrance respectives dans la colonne « Date ».
	9,0*7,0		P. ord.	Dél. 1 - Dél. 7 dans la colonne « P. ord ».
	8,0*7,0		1-3	Quantités délivrées respectives dans les colonnes 1-6.
5	140,0*7,0	Arial 9 Bold	Partie du corps et modèle de la fourniture	Titre
6	134,0*7,0	Arial 9	Prescription, précédée du numéro d'ordre*	Indication de la partie du corps concernée ainsi que du modèle de la fourniture : 1 - Membre(s) inférieur(s) - Bas jusqu'au genou 2 - Membre(s) inférieur(s) - Bas cuisse(s) incluse(s) 3 - Membre(s) inférieur(s) – Collant 4 - Membre(s) inférieur(s) - Legging 5 - Membre(s) inférieur(s) - Pièce(s) cuisse(s) 6 - Membre(s) inférieur(s) - Mitaine(s) d'orteils 7 - Membre(s) supérieur(s) - Manchon(s) 8 - Membre(s) supérieur(s) - Mitaine(s)/Gant(s) 9 - Tête 10 - Tronc

7	140,0*7,0	Arial 9	Partie latérale du corps concernée	À cocher ce qui convient : Gauche Droite Bilatéral Obligatoire pour membre(s) supérieur(s) et membre(s) inférieur(s).
8	22,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Indication du nombre par modèle de la fourniture prescrite.
9	48,0*7,0	Arial 9	Type de tricotage*	Indication du type de tricotage : Circulaire Rectiligne
10	70,0*7,0	Arial 9	Degré minimal de compression*	Exprimé en mmHg.
11	140,0*7,0	Arial 9	Code ou libellé prescrit	Indication du code ou du libellé officiels attribués dans la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses.
12	70,0*7,0	Arial 9	Durée du traitement (en semaines)	Indication du nombre de semaines.
13	70,0*7,0	Arial 9	Durée de mise en place (en heures)	Indication du nombre d'heures.
14	140,0*14,0	Arial 9	Motivation pour demande de renouvellement anticipée	Sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.

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

Les dispositions prévues aux zones 5 à 14 du tableau ci-dessus se répètent par code prescrit.

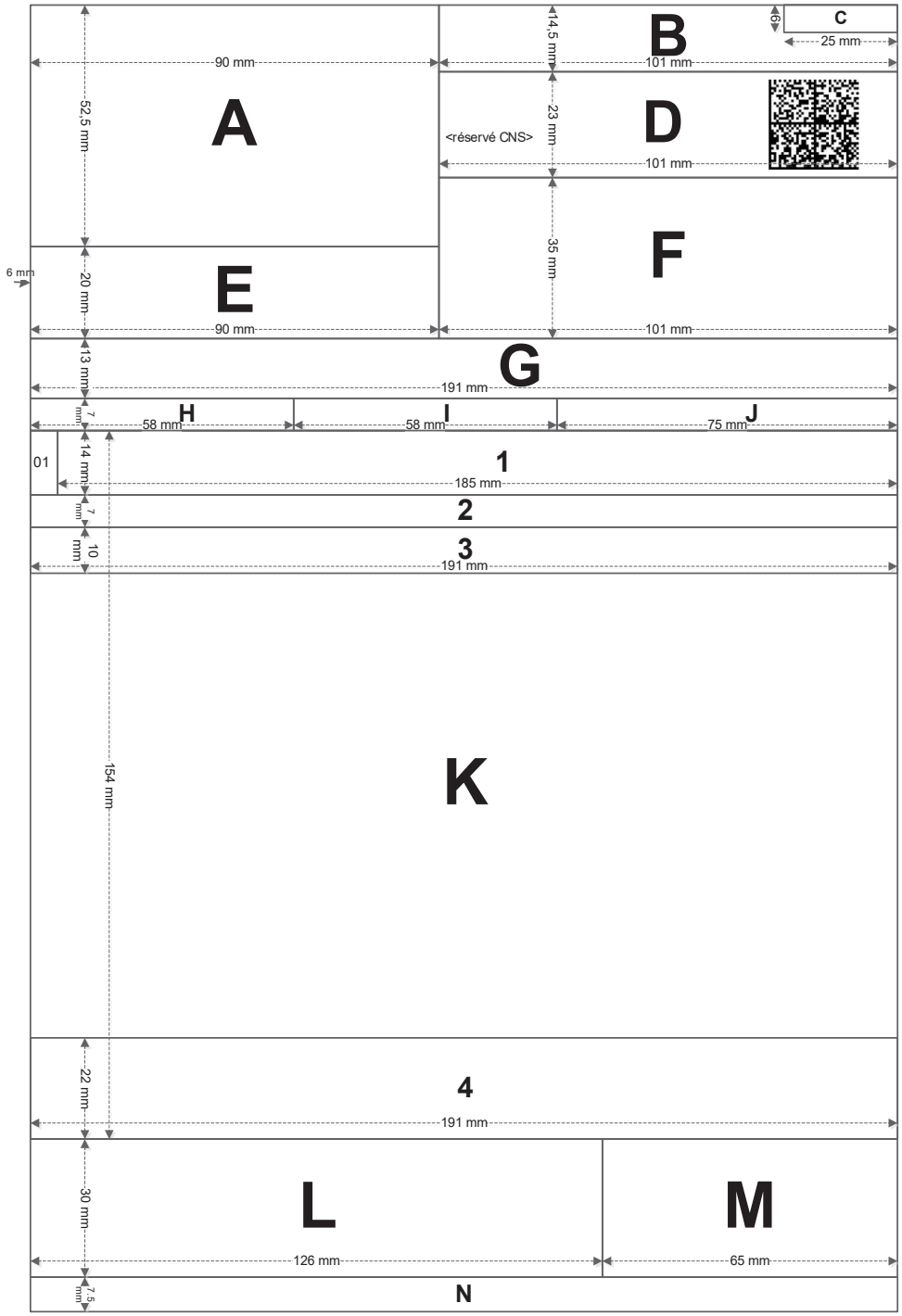
L'« Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » ne peut porter que sur un seul diagnostic médical ou une seule intervention chirurgicale.

Art. 34. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » 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 17 ;
2) Ajout du numéro de page et du nombre total de pages sur toutes les pages à la zone C ;
3) Le code datamatrix se trouve uniquement sur la première page ;
4) Dans la zone 4, les quantités délivrées respectives dans les colonnes 1 à 3 se reportent aux colonnes 4 à 6 sur la deuxième page et ainsi de suite.

Art. 35. Dans le cadre de la prescription d'actes, de services et de fournitures de la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de

prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, concernant les fournitures orthopédiques pour pied diabétique, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Pied diabétique » 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
01
90 mm
101 mm
25 mm
52,5 mm
14,5 mm
23 mm
<réservé CNS>
6 mm
20 mm
35 mm
13 mm
191 mm
7 mm
58 mm
75 mm
14 mm
185 mm
10 mm
154 mm
22 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	185,0*14,0	Arial 9	Fourniture, précédée du numéro d'ordre*	Indication de la description de la fourniture prescrite et du code y relatif : 1 - Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques - semelles orthopédiques pour pied diabétique (Weichpolstereinlagen) ; équivaut au code P6070210. 2 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures d'intérieur ; équivaut au code P6070110. 3 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - chaussures de ville ; équivaut au code P6070120. 4 - Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied - chaussures thérapeutiques de série - semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui ; équivaut au code P6070220. 5 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures d'intérieur ; équivaut à l'un des codes P6070140 ou P6070141. 6 - Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de ville ; équivaut à l'un des codes P6070130 ou P6070131. 7.1 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S3 ; équivaut au code P6070150.

				7.2 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S2 ; équivaut au code P6070151. 7.3 - Diabète avec déformation d'au moins un pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure - chaussures orthopédiques sur mesure - chaussures de sécurité type S1 ; équivaut au code P6070152. 8 - Diabète avec déformation du pied associé à une neuropathie sensitive isolée et / ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure – chaussures orthopédiques sur mesure- semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui ; équivaut au code P6070220.
2	191,0*7,0	Arial 9	Nombre de chaussures / paires de fournitures*	Indication du nombre de paires par modèle de la fourniture respective. Pour les chaussures de sécurité, le prestataire indique le nombre de chaussures par modèle de la fourniture respective.
3	191,0*10,0	Arial 9	Motivation pour demande de renouvellement anticipée	Sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.
4	191,0*22,0	Arial 9	Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure	Indication au prestataire exécutant toute affection des pieds pouvant avoir un impact sur la confection des chaussures orthopédiques sur mesure. Obligatoire pour cas 5 - 7.3.

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

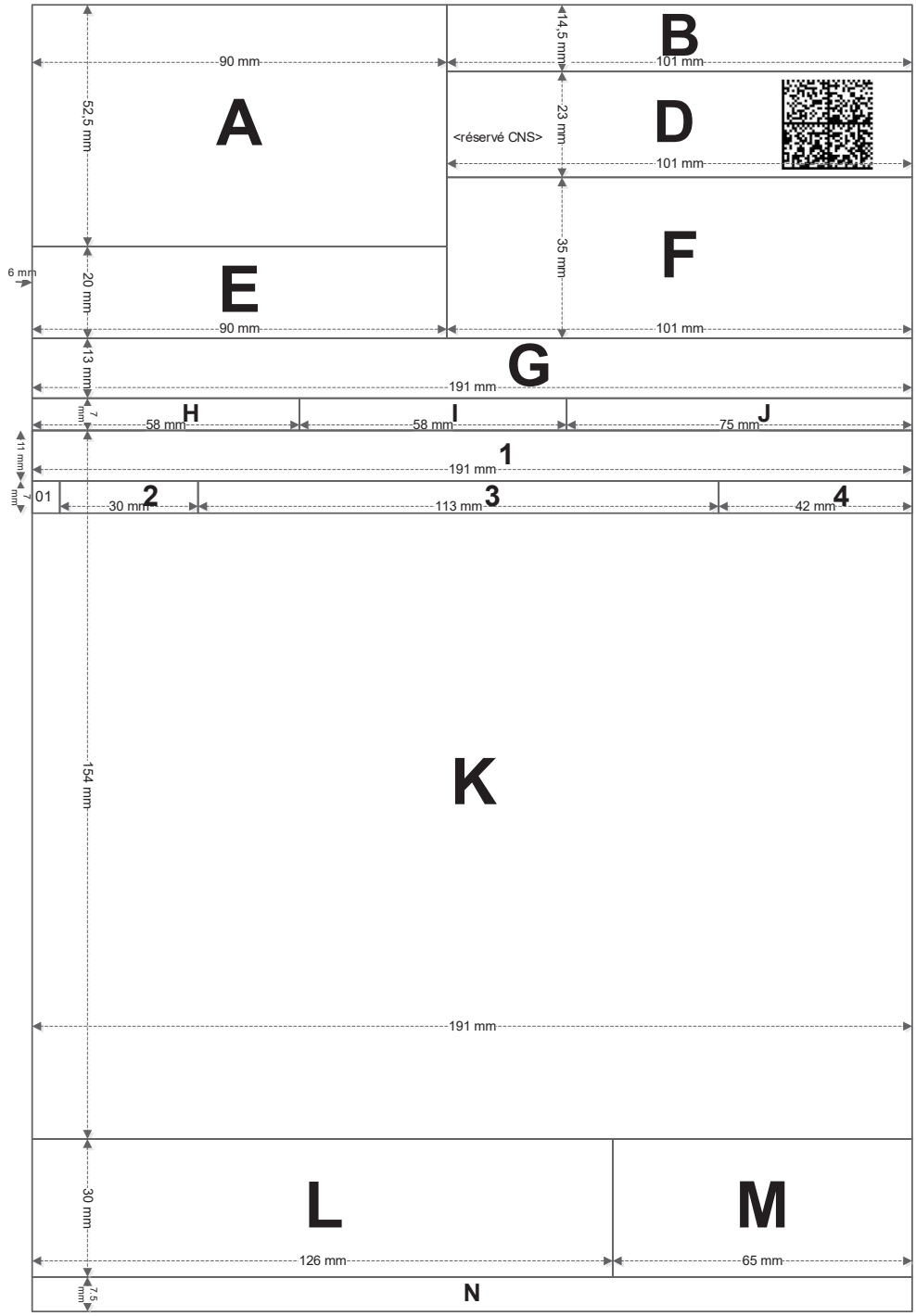
Les dispositions prévues au tableau ci-dessus s'ajoutent par code prescrit, à l'exception de la zone 4 qui n'est reprise qu'une seule fois par page.

Art. 36. Dans les cas où le prestataire établit une « Ordonnance médicale : Pied diabétique » 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 17 ;
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) La zone 4 figure uniquement sur la dernière page.

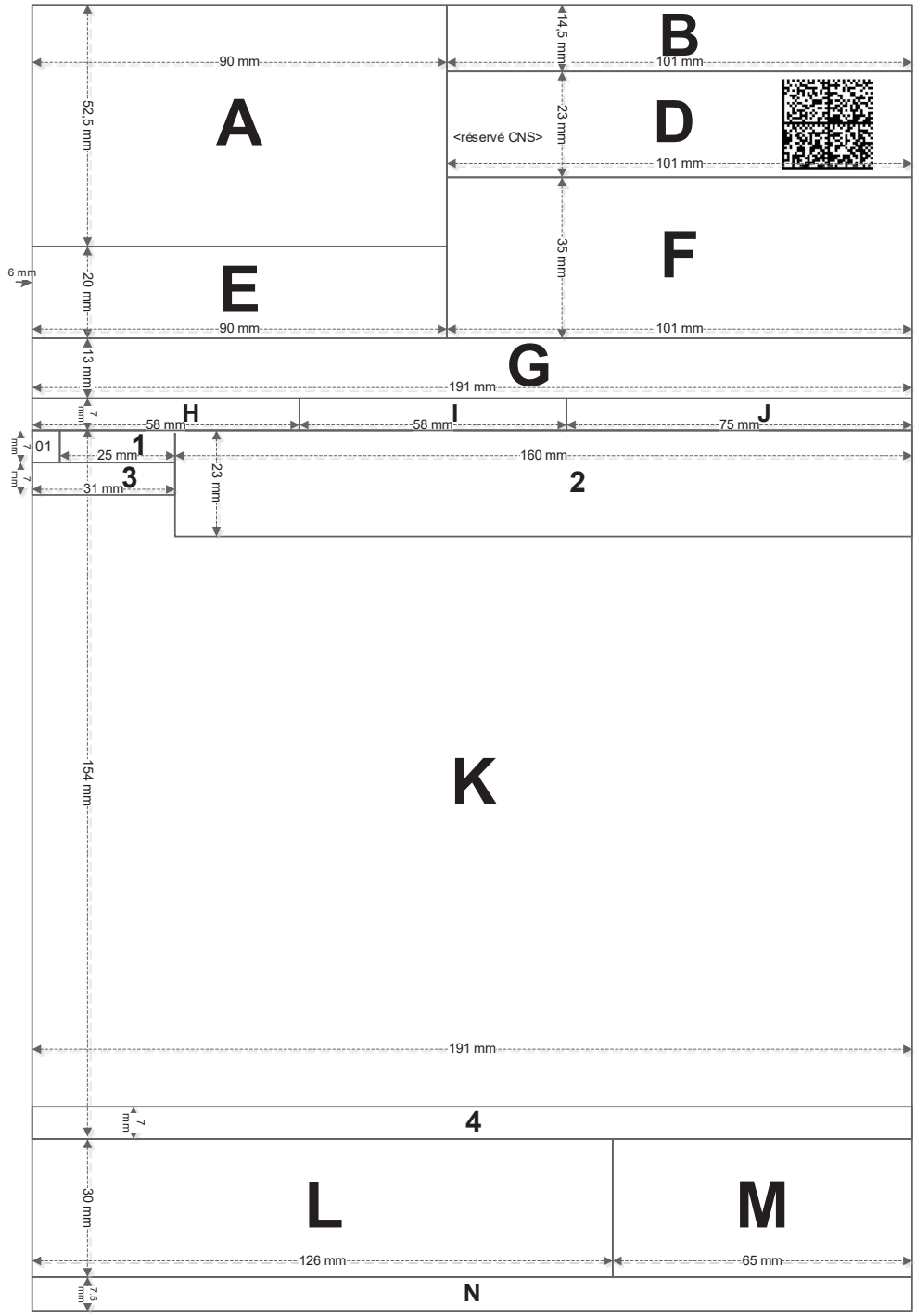
Art. 37. Dans le cadre de la prescription de dispositifs de correction auditive, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


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

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*11,0	Arial 9	Type de prise en charge*	À cocher ce qui convient : 1ère prise en charge Renouvellement Appareillage à domicile autorisé Extension d'appareillage (endéans l'année) Renouvellement anticipé (aggravation de 20dB)
2	30,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans le fichier B3. Obligatoire si zone 3 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
3	113,0*7,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit	Indication du libellé officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans le fichier B3. Obligatoire si zone 2 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
4	42,0*7,0	Arial 9	Côté*	À cocher ce qui convient : Gauche Droite

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

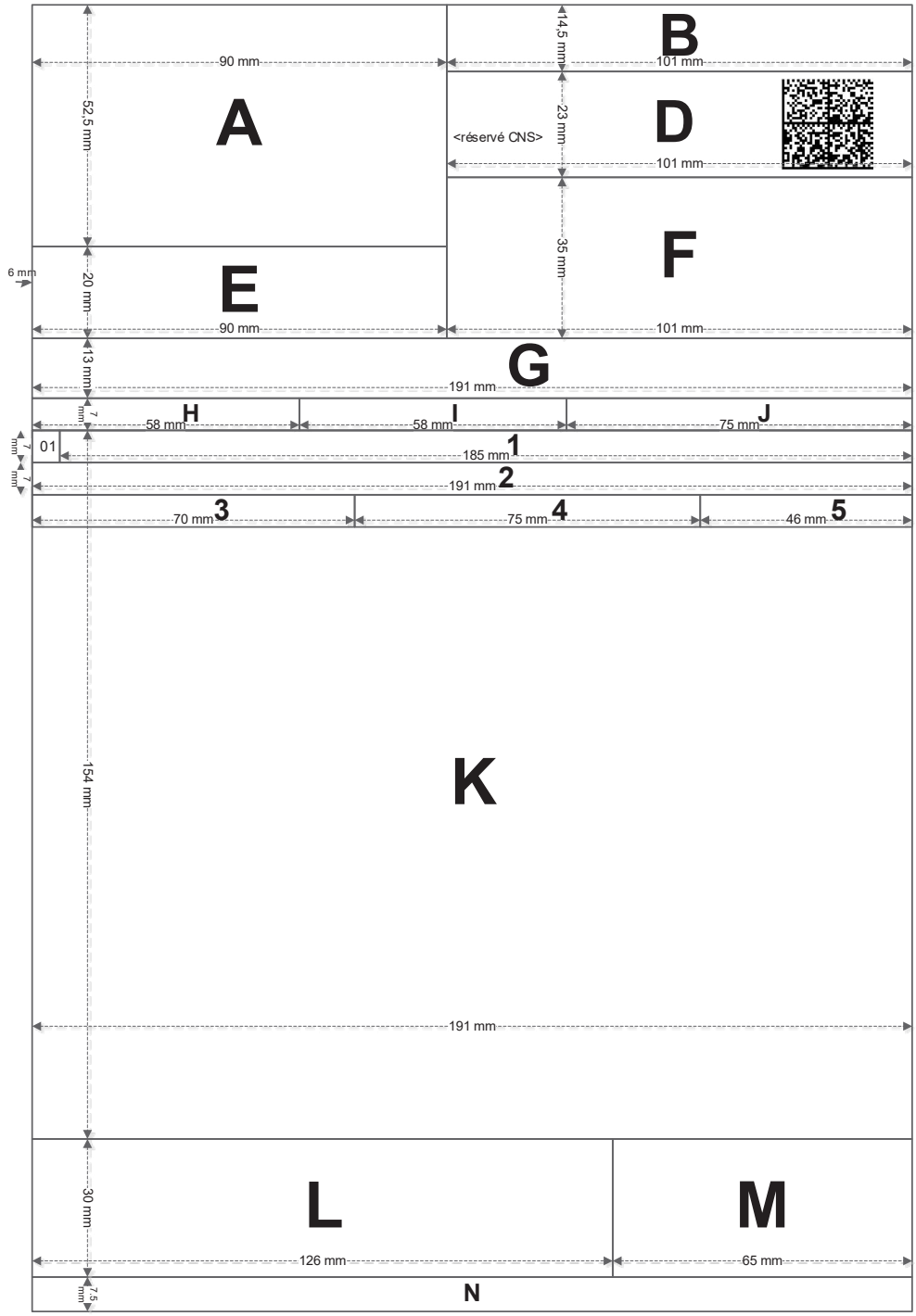
Art. 38. Dans le cadre de la demande d'un rapport R1 au médecin traitant conformément au code R1 figurant à la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 au médecin traitant » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
B
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
1
2
3
4
01
<réservé CNS>
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
25 mm
160 mm
31 mm
154 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 : R1 ».
2	160,0*23,0	Arial 9	Libellé de l'acte prescrit*	Indication d'office : « Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen clinique général - les résultats d'examens complémentaires - le diagnostic positif (et différentiel) - les propositions de traitement ».
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.

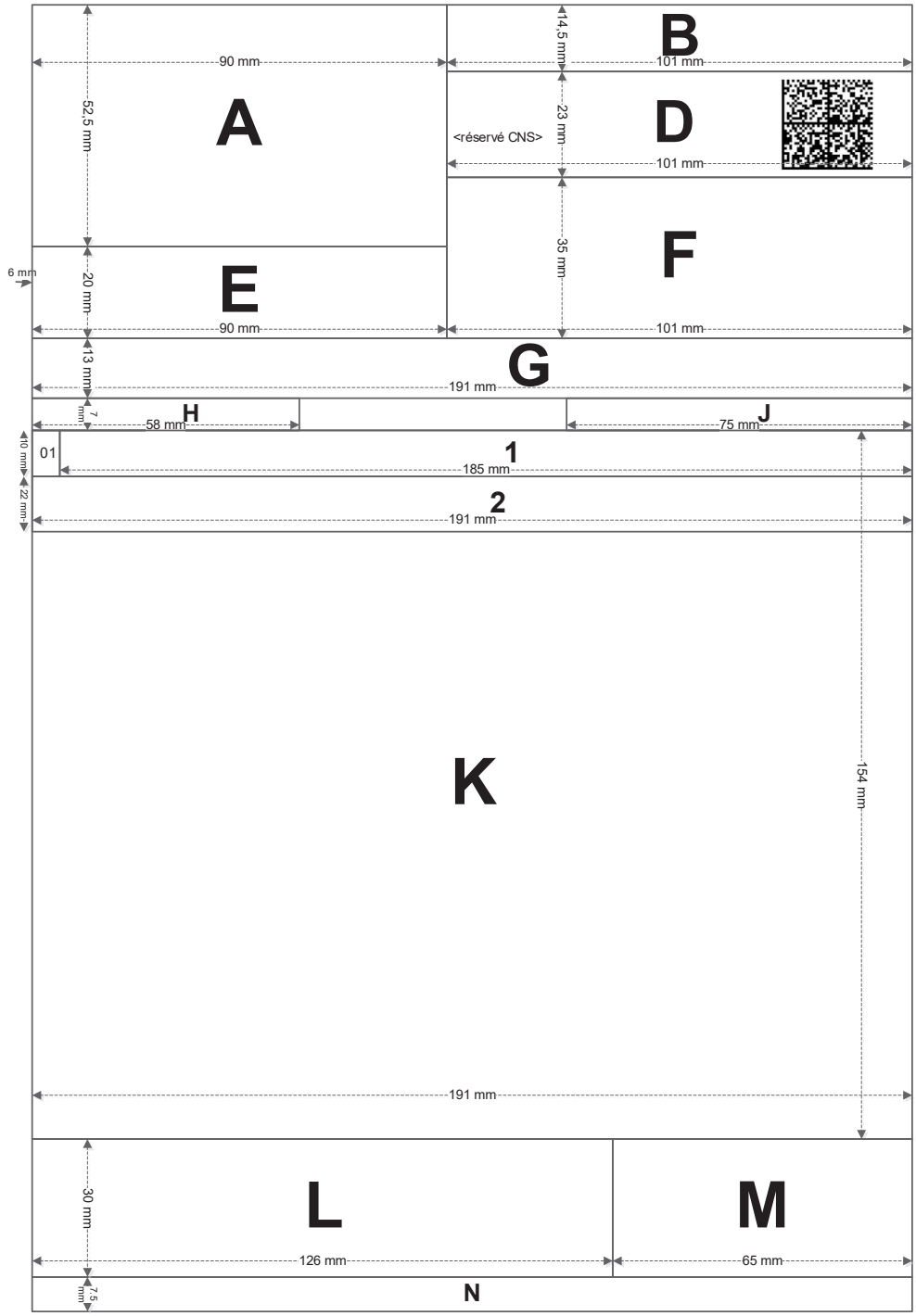
Art. 39. Dans le cadre de la demande d'un traitement parallèle conformément à l'article 7 de la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande d'un traitement parallèle » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément 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
7 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

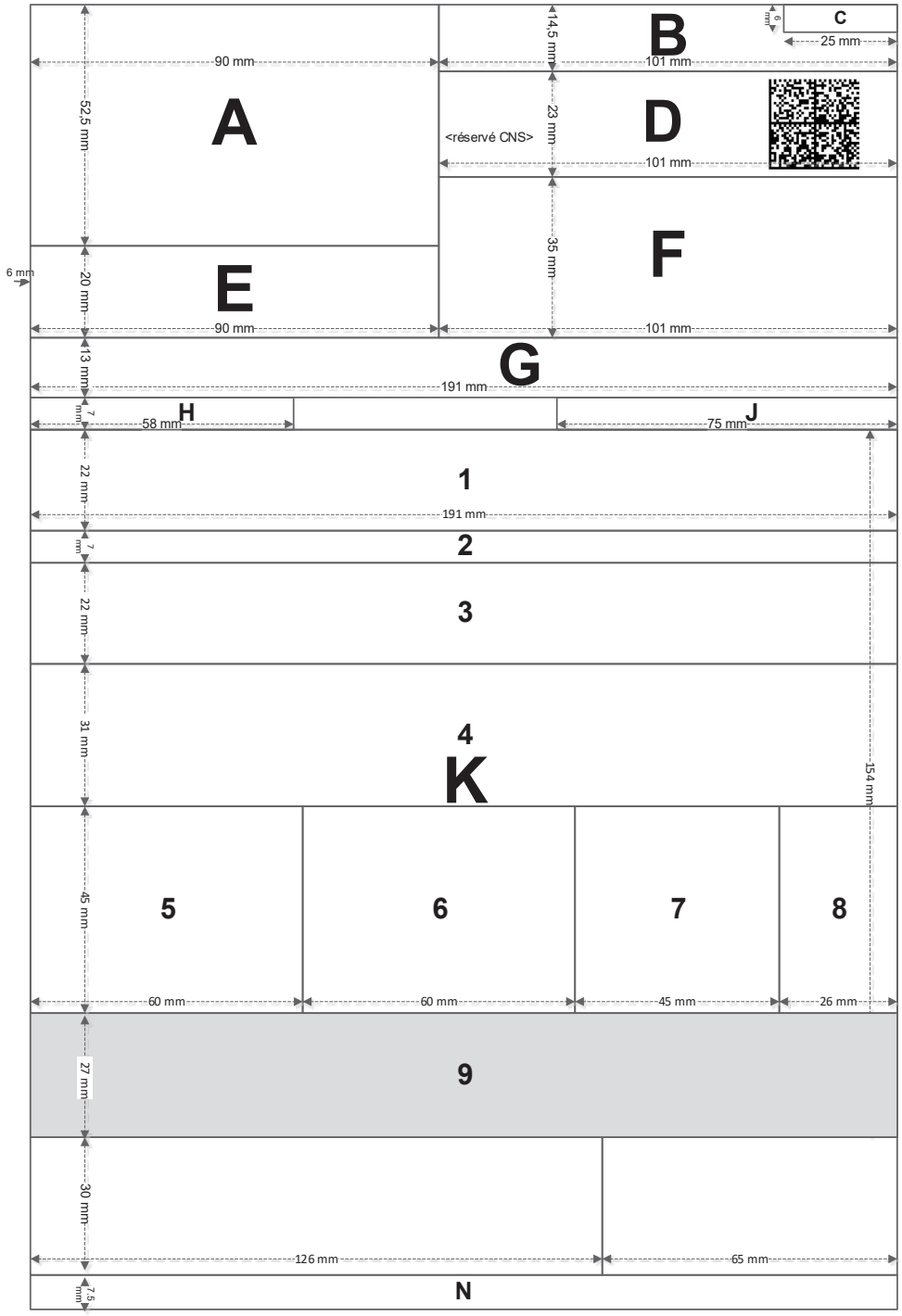
Les champs munis d'un « * » sont obligatoires.

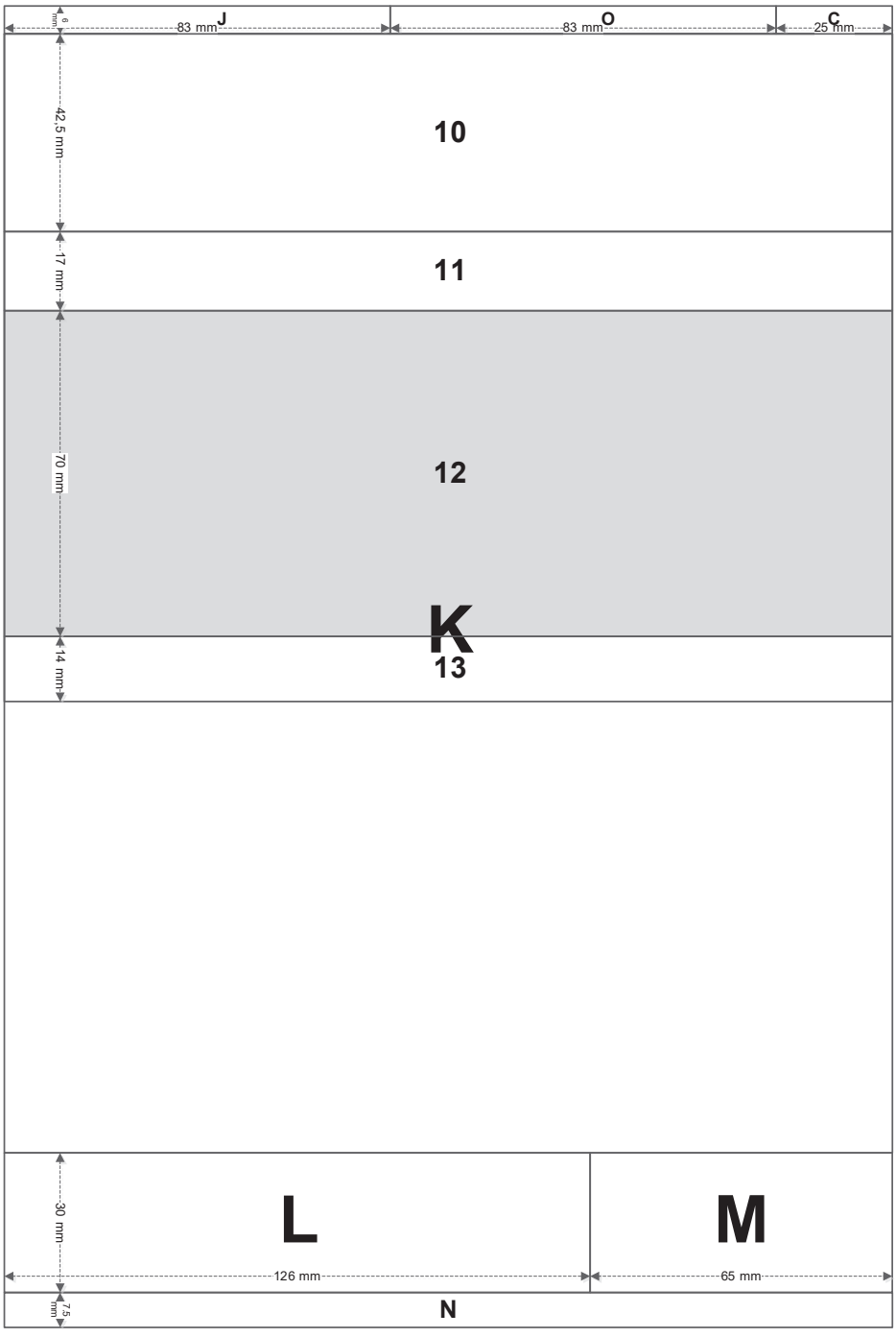
Art. 40. Dans le cadre de la demande d'un transfert de patient au Grand-Duché de Luxembourg conformément à l'article 7, alinéas 11 et 17 de la nomenclature des actes et services des médecins, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Transfert d'un patient » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


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

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 : « 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. 41. 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
25 mm
6 mm
<réservé CNS>
23 mm
35 mm
20 mm
13 mm
191 mm
58 mm
75 mm
22 mm
7 mm
31 mm
154 mm
60 mm
45 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

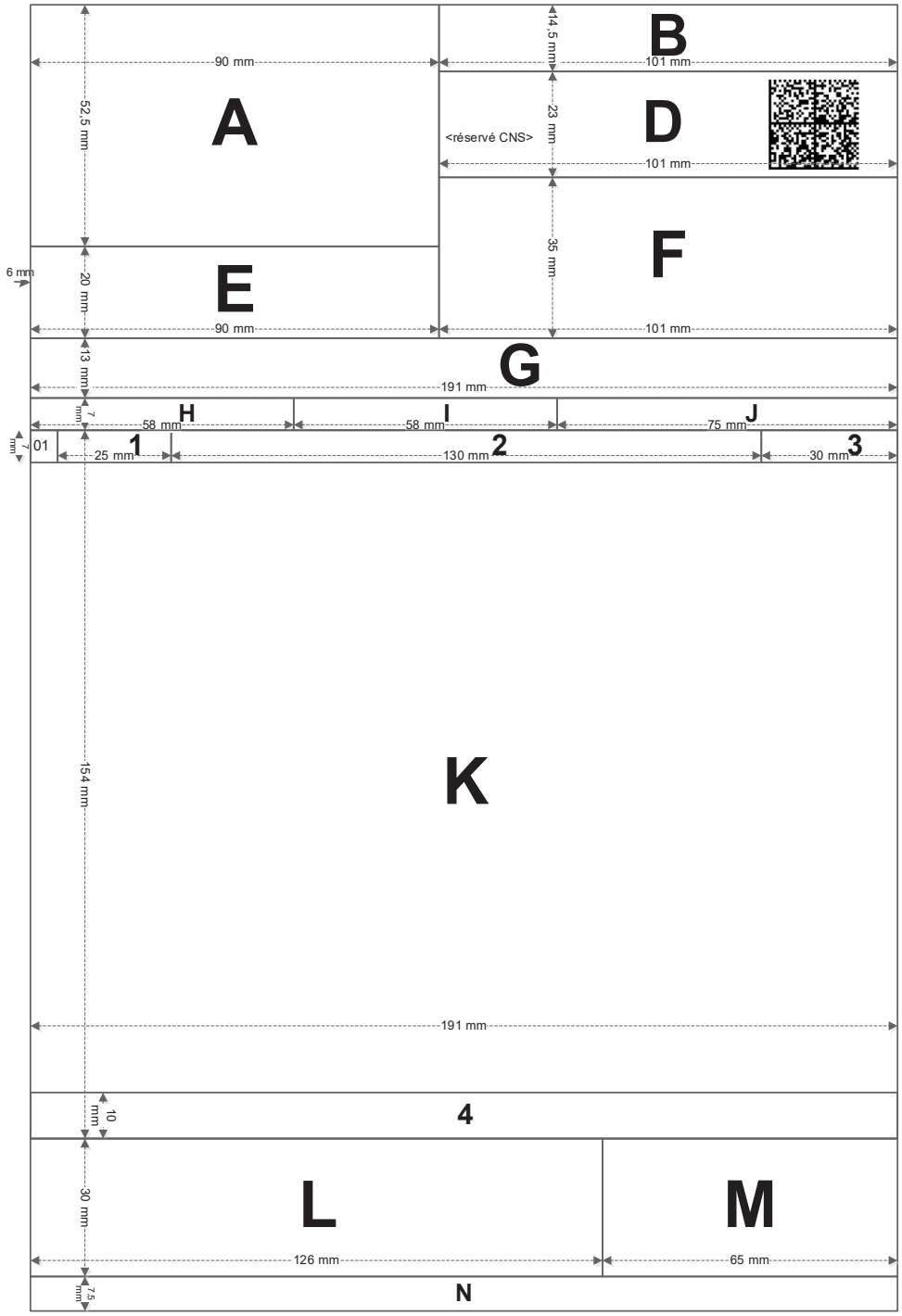
				13 - Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies ou des angiographies digitalisées ou des cathétérismes vasculaires 14 - Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons 15 - Laser 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 33 du règlement grand-ducal : a) Par sa signature, le médecin 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 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 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 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.

Art. 42. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains » et la zone K de cette ordonnance médicale est complétée conformément aux modalités suivantes :


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

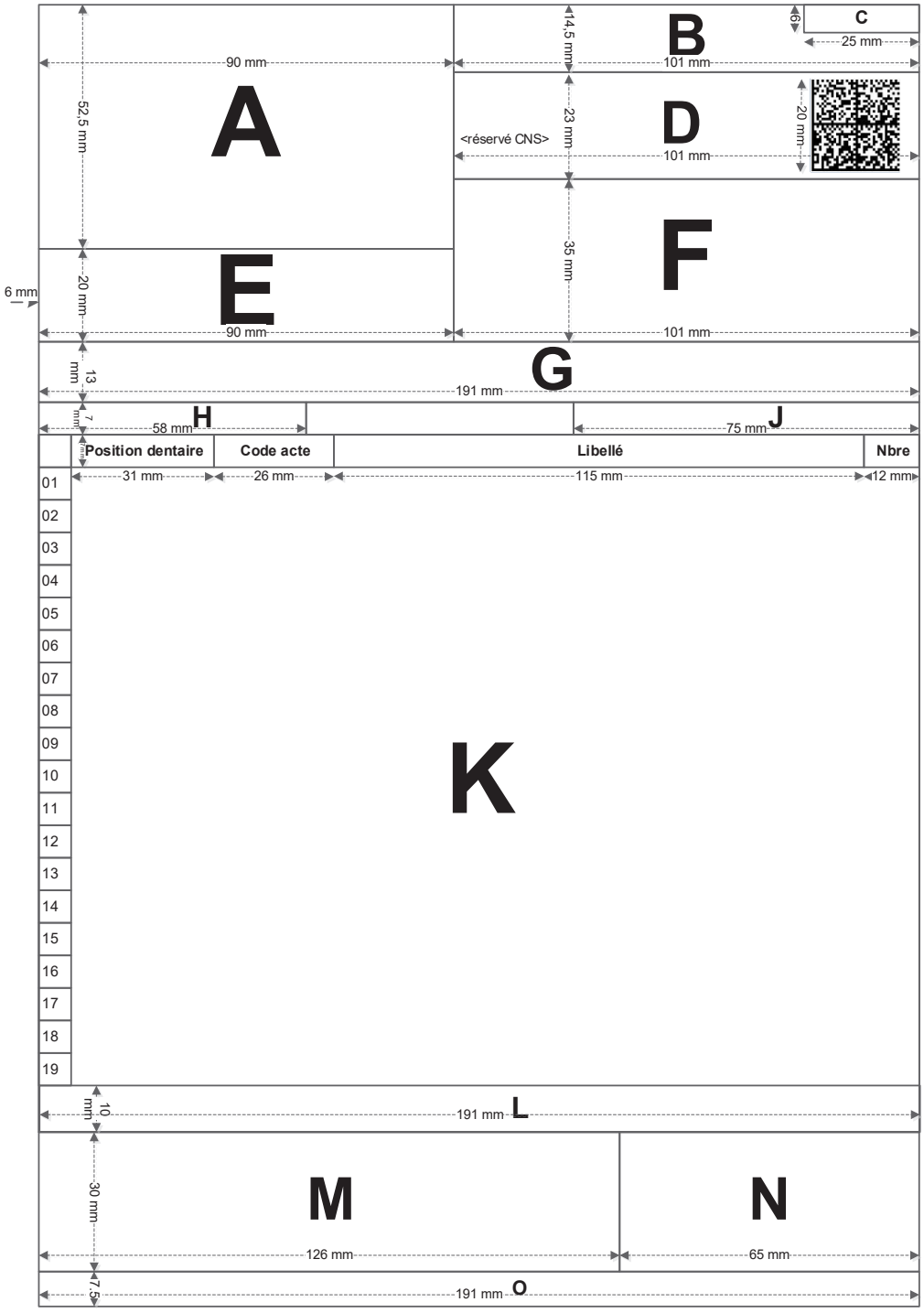
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	25,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit	Indication du code officiel qui est attribué à l'acte prescrit dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains. Obligatoire si zone 2 « Libellé de l'acte prescrit » non remplie.
2	130,0*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 prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains. Obligatoire si zone 1 « Code de l'acte prescrit » non remplie.
3	30,0*7,0	Arial 9	Nombre*	Nombre d'actes prescrits.
4	191,0*10,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Par la présente, je certifie que cette demande respecte les conditions de prise en charge prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

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

Art. 43. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services pour lesquels aucune modalité spécifique de prescription n'est prévue aux articles 18 à 42, le médecin fait exclusivement usage de l'ordonnance médicale décrite à l'article 16, dont la zone G est remplie comme suit : « Ordonnance médicale ». La zone K de cette ordonnance médicale est remplie avec un texte libre, permettant ainsi au prescripteur de détailler les actes ou services à réaliser selon les besoins spécifiques du patient.

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

Art. 44. La mise en page de la demande d'autorisation au Contrôle 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
52,5 mm
14,5 mm
101 mm
6 mm
25 mm
<réservé CNS>
23 mm
20 mm
35 mm
6 mm
13 mm
191 mm
7 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
10 mm
30 mm
126 mm
65 mm
7,5

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 inscrivent les dents traitées suivant la numérotation et codification détaillées à l'article 11.
	26,0*7,0	Arial 9	Code de l'acte prescrit *	Indication du code acte que le médecin 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 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.

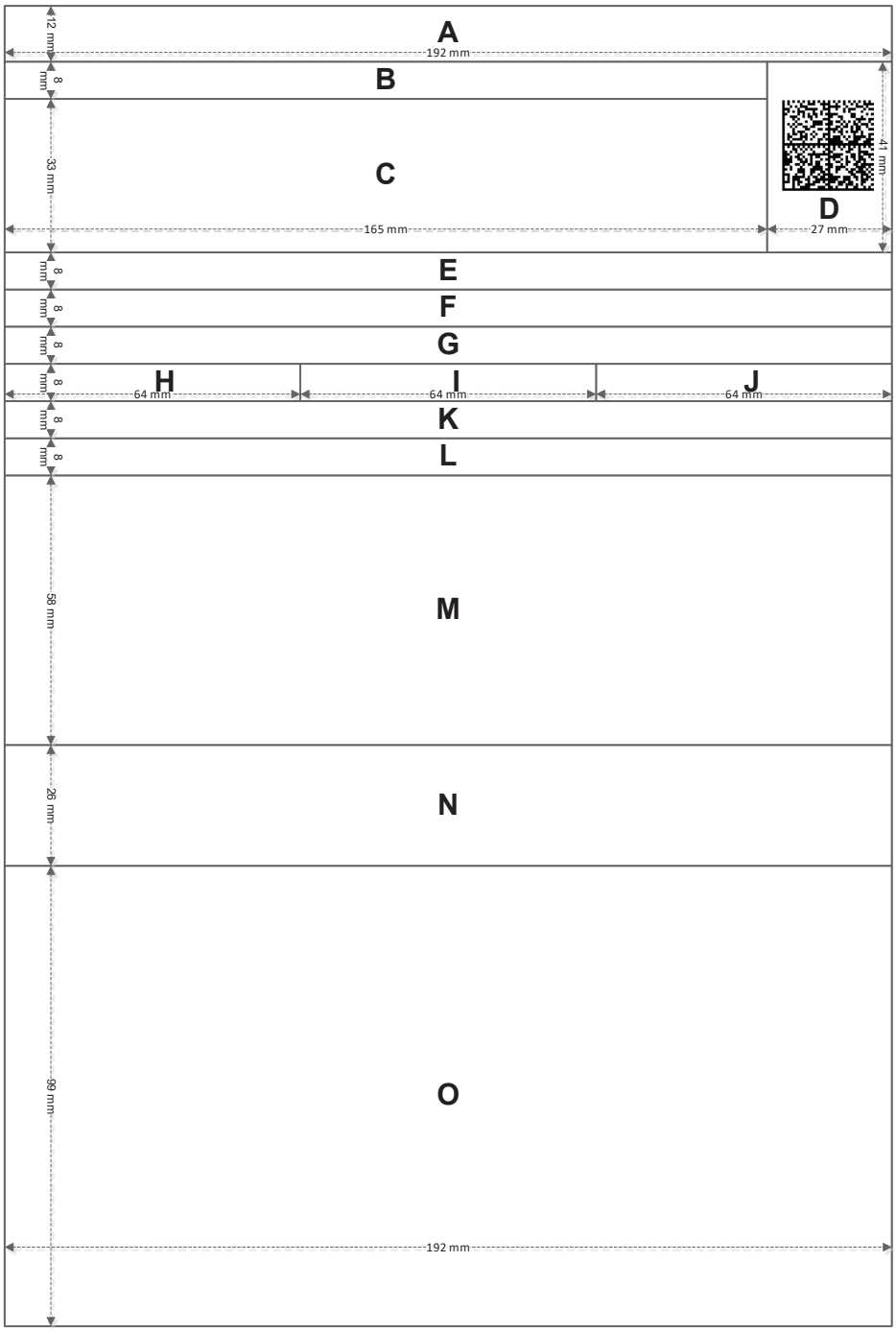
Avant toute appréciation médicale des demandes d'autorisations au Contrôle médical de la sécurité sociale par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'organisme compétent vérifie si les délais et autres conditions statutaires sont remplis du point de vue administratif. Dans la négative, le refus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

Art. 45. 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 44 ;
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 : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 46. Dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, le médecin remplit la formule standardisée de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) qui doit correspondre aux modalités suivantes :


A
12 mm
192 mm
B
8 mm
C
33 mm
165 mm
D
41 mm
27 mm
E
8 mm
F
8 mm
G
8 mm
H
8 mm
64 mm
I
64 mm
J
64 mm
K
8 mm
L
8 mm
M
58 mm
N
26 mm
O
99 mm
192 mm

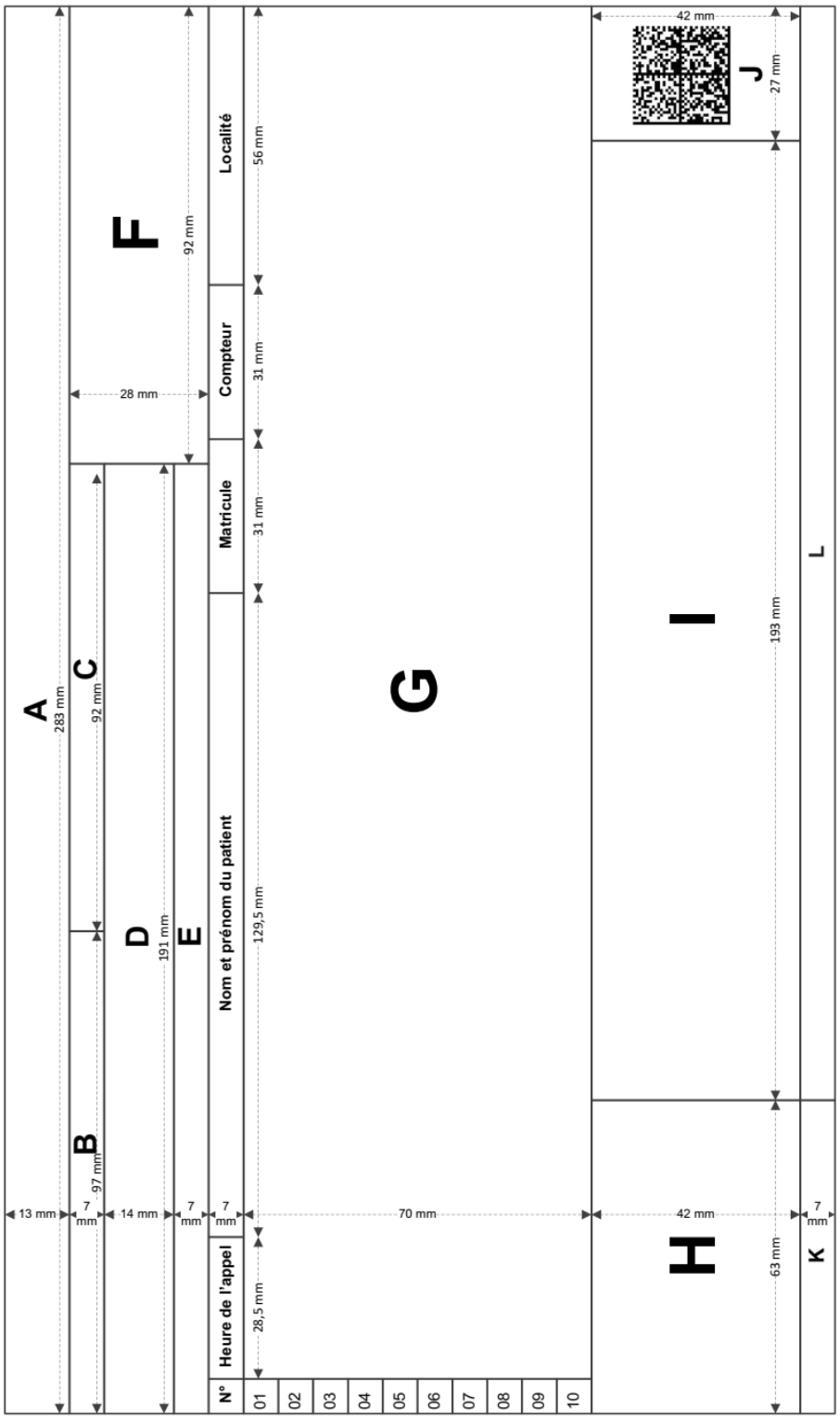
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	192,0*12,0	Arial 14 Bold Centré	Feuille de présence de la RCP*	1 - « Nouveau diagnostic » 2 - « Follow up ».
B	165,0*8,0	Arial 9	N° de la feuille de présence de la RCP*	10 positions alphanumériques et correspondant à un nombre courant.
C	165,0*8,0	Arial 9	Données/étiquette de la personne protégée*	Titre
	165,0*25,0	Arial 9	Matricule* Prénom* Nom*	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 L'étiquette avec les données de la personne protégée ne peut être utilisée que pour les versions papier sans transmission numérique de la formule standardisée de la feuille de présence de la RCP.
D	27,0*41,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 5 (20mm*20mm)
E	192,0*8,0	Arial 9	À*	« Caisse nationale de santé - Service prestations des médecins »
F	192,0*8,0	Arial 9	De*	« Médecin rapporteur RCP »
G	192,0*8,0	Arial 9	Objet*	« Compte-rendu de la RCP »
H	64,0*8,0	Arial 9	Date de la RCP*	Date : JJ/MM/AAAA
I	64,0*8,0	Arial 9	Heure de début*	Heure : hh:mm
J	64,0*8,0	Arial 9	Heure de fin*	Heure : hh:mm
K	192,0*8,0	Arial 9	Lieu de la RCP*	Lieu de la RCP : 1 - CHDN 2 - CHEM 3 - CHL 4 - HRS 5 - Autre
L	192,0*8,0	Arial 9, Bold pour maximum autorisé = 6	Les médecins* ayant contribué à la décision sont (maximum autorisé = 6 et minimum = 3 ; médecin	Titre

			rapporteur figure en position 1)	
M	191,0*10,0	Arial 9 centré	En-tête colonne zone L	
	6,0*8,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	28,0*8,0	Arial 9	Code médecin*	8 positions, code attribué par la CNS.
	90,0*8,0	Arial 9	Nom*	Nom du médecin.
	44,0*8,0	Arial 9	Spéc. médicale*	Spécialité médicale du médecin.
	24,0*8,0	Arial 9	Présence*	1 - Effective 2 - Vidéoconsultation
N	192,0*26,0	Arial 9	Disclaimer*	À cocher : Le médecin rapporteur certifie que : ● les médecins susmentionnés ont participé à la réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie (RCP) ● le rapport de réunion RCP a été rédigé et le patient a été informé du projet thérapeutique Le rapport de la réunion RCP fait désormais partie du dossier patient et sur demande une copie du rapport est transmise par le médecin rapporteur au Contrôle médical de la sécurité sociale.
O	192,0*99,0	Arial 9	Date*	Date : JJ/MM/AAAA
		Arial 9	Signature* et cachet du médecin rapporteur	Signature du médecin. La signature doit être accompagnée du cachet du médecin sur les versions papier de la feuille de présence de la RCP. Aucun cachet n'est à apposer sur les formules standardisées numériques.

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

Chapitre V : Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale

Art. 47. En cas de mise en compte d'indemnités horo-kilométriques (K2) pour le service de remplacement des médecins généralistes dans un centre de permanence, dit « Maison médicale », le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :


A
283 mm
B
97 mm
C
92 mm
D
191 mm
E
F
92 mm
28 mm
Localité
Compteur
Matricule
Nom et prénom du patient
Heure de l'appel
N°
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
G
56 mm
31 mm
31 mm
129,5 mm
28,5 mm
70 mm
I
193 mm
J
42 mm
27 mm
H
63 mm
K
L
13 mm
7 mm
14 mm
7 mm
7 mm
42 mm
7 mm

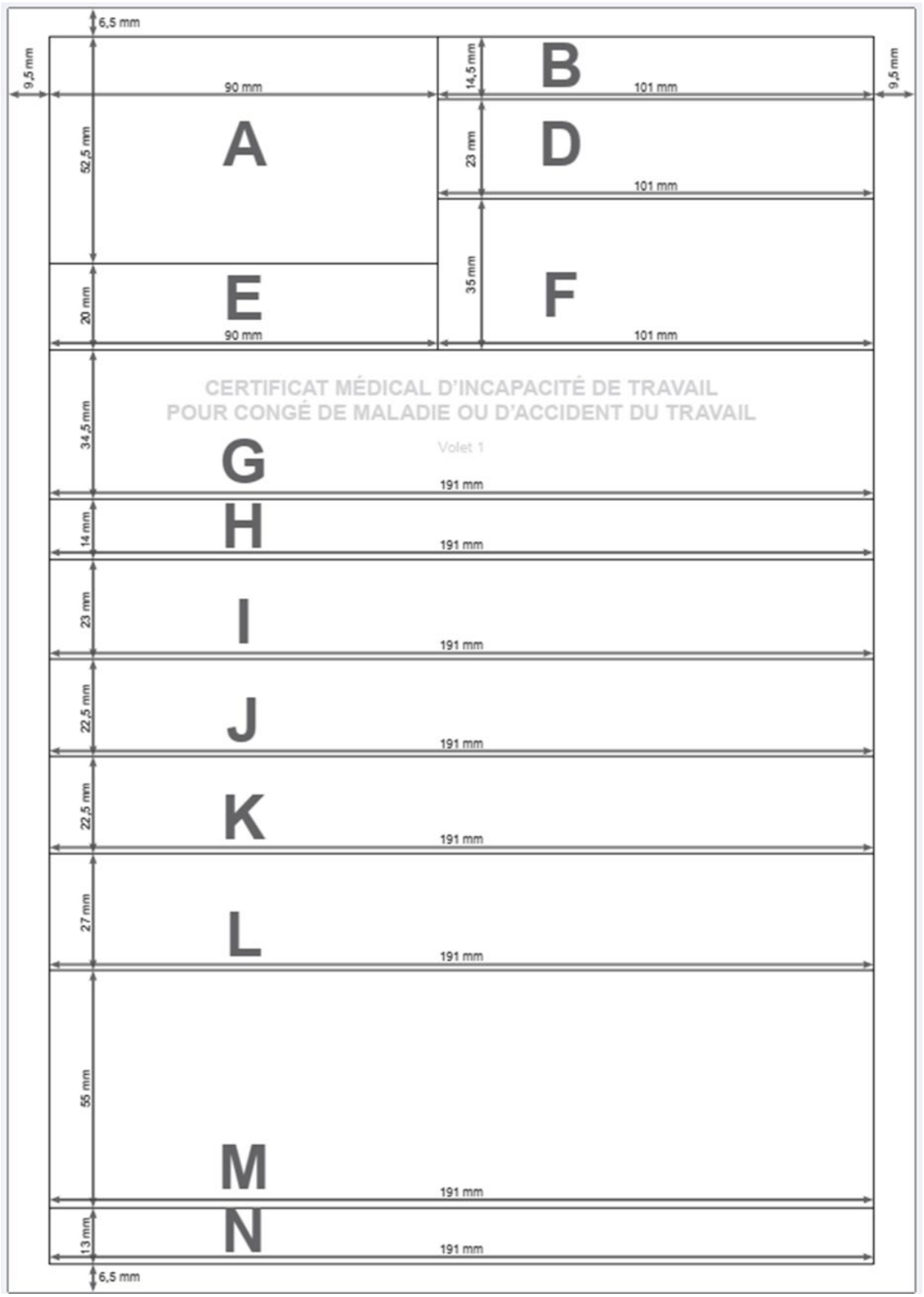
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
A	283,0*13,0	Arial 14 Bold Centré	Service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale*	Titre
B	97,0*7,0	Arial 9	N° du décompte des indemnités horokilométriques*	10 positions alphanumériques contenant un nombre courant.
C	92,0*7,0	Arial 9	Plage horaire*	1 - 08 à 16 2 - 16 à 24 3 - 20 à 24 4 - 00 à 07
D	191,0*7,0	Arial 9	Nom du médecin*	
	191,0*7,0	Arial 9	Nom de l'accompagnateur	
E	51,0*7,0	Arial 9	Plaque voiture*	Numéro de plaque de la voiture.
	140,0*7,0	Arial 9	Voiture*	1 - Voiture personnelle 2 - Voiture de service
F	38,0*7,0	Arial 9	Δ Plage horaire en h	Le médecin indique le nombre de toute heure entière prestée ou non par rapport à la plage horaire de la zone C. Exemple : une heure supplémentaire : +1 ; heure en moins : -1
	50,0*7,0	Arial 9	Région*	1 - Nord 2 - Centre 3 - Sud
	92,0*7,0	Arial 9	Code prestataire facturier*	8 positions, code attribué par la CNS.
	92,0*7,0	Arial 9	Code prestataire exécutant	8 positions, code attribué par la CNS. Obligatoire en cas de facturation via code prestataire commun. Ne peut pas correspondre au code prestataire commun.
	92,0*7,0	Arial 9	Date du service*	Date du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA.
G		Arial 9 Bold Centré	En-tête colonne zone E	
	7,0*7,0	Arial 9	N° ligne*	Numéro de ligne.
	28,5*7,0	Arial 9	Heure de l'appel*	Heure : hh:mm

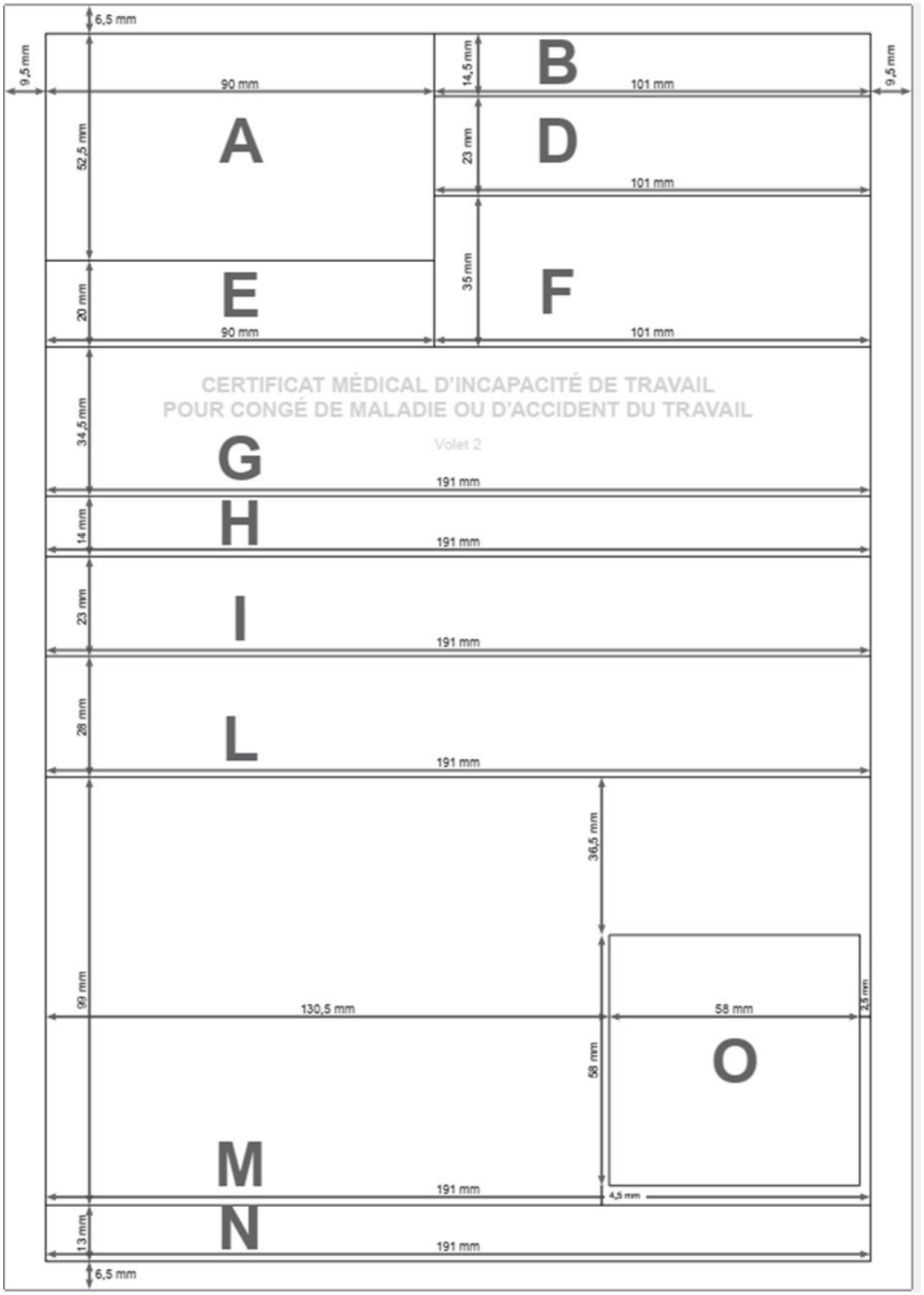
	129,5*7,0	Arial 9	Nom et prénom du patient*	
	31,0*7,0	Arial 9	Matricule*	13 positions ; Sauf dans les cas prévus à l'article 4, alinéa 6 du règlement grand-ducal, où le matricule est à remplacer par la date de naissance du patient. Date : JJ/MM/AAAA
	31,0*7,0	Arial 9	Compteur*	
	56,0*7,0	Arial 9	Localité*	
H	42,0*7,0	Arial 9	Largeur Intitulés zone F	
	21,0*7,0	Arial 9	Compteur début (km)*	
	21,0*7,0	Arial 9	Compteur fin (km)*	
	21,0*7,0	Arial 9	Sous-total*	
	21,0*7,0	Arial 9	Privé médecin aller	
	21,0*7,0	Arial 9	Privé médecin retour	
	21,0*7,0	Arial 9	TOTAL des km à répartir*	
I	220,0*42,0	Arial 9	Signature du prestataire*	Signature du prestataire
J	27,0*42,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 6 (20mm*20mm)
K	63,0*7,0	Arial 9	Nombre de pages du décompte	XX/XX. Obligatoire si le décompte fait plusieurs pages.
L	220,0*7,0	Arial 7	Disclaimer*	Ce décompte est à transmettre à la CNS - Service Prestations des médecins

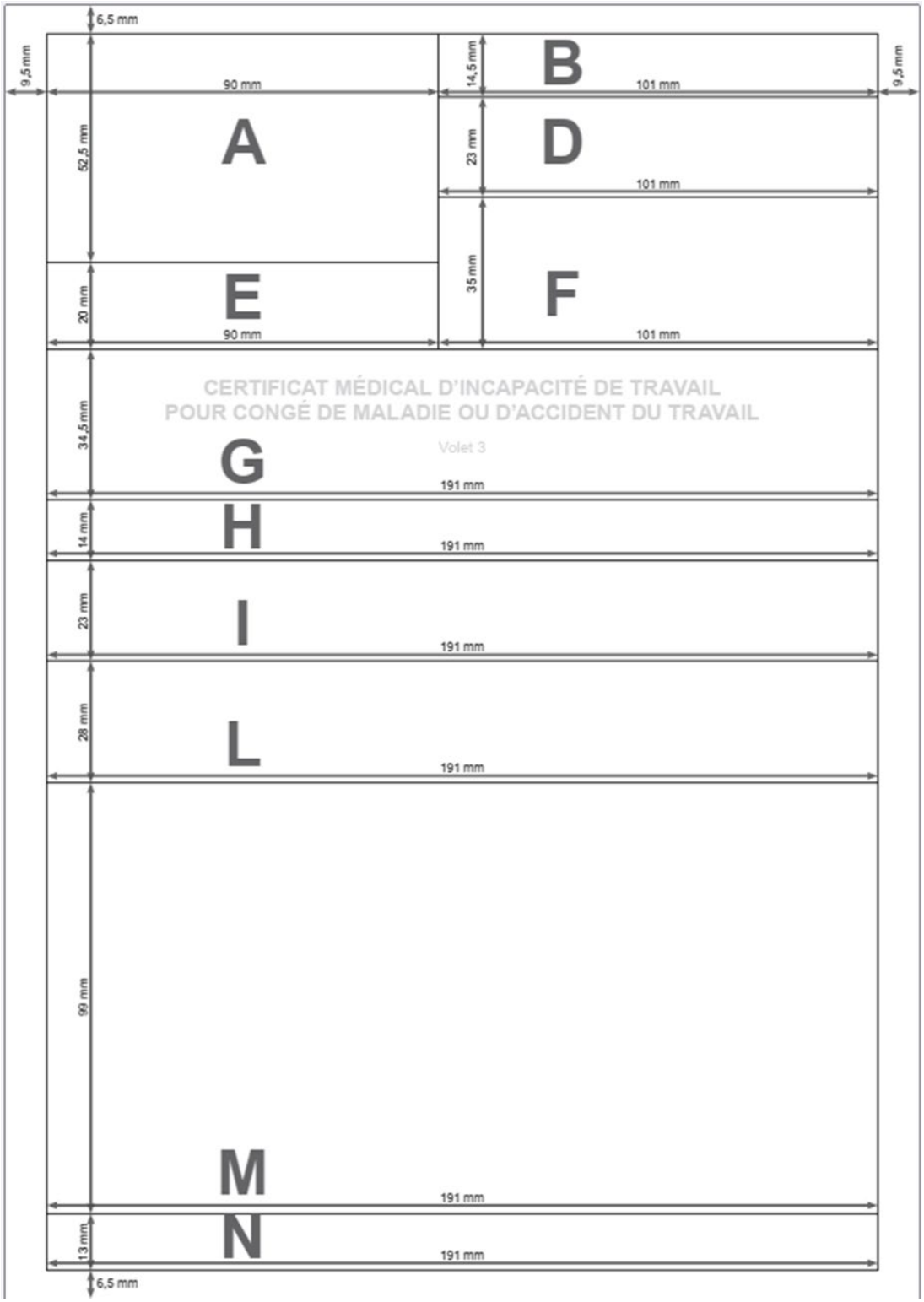
Chapitre VI : Certificats d'incapacité de travail

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

Art. 48. 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 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
101 mm
20 mm
E
90 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
101 mm
9,5 mm
A
B
52,5 mm
23 mm
D
101 mm
35 mm
20 mm
E
F
90 mm
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
POUR CONGÉ DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU TRAVAIL
Volet 3
34,5 mm
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 7 (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 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 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 »

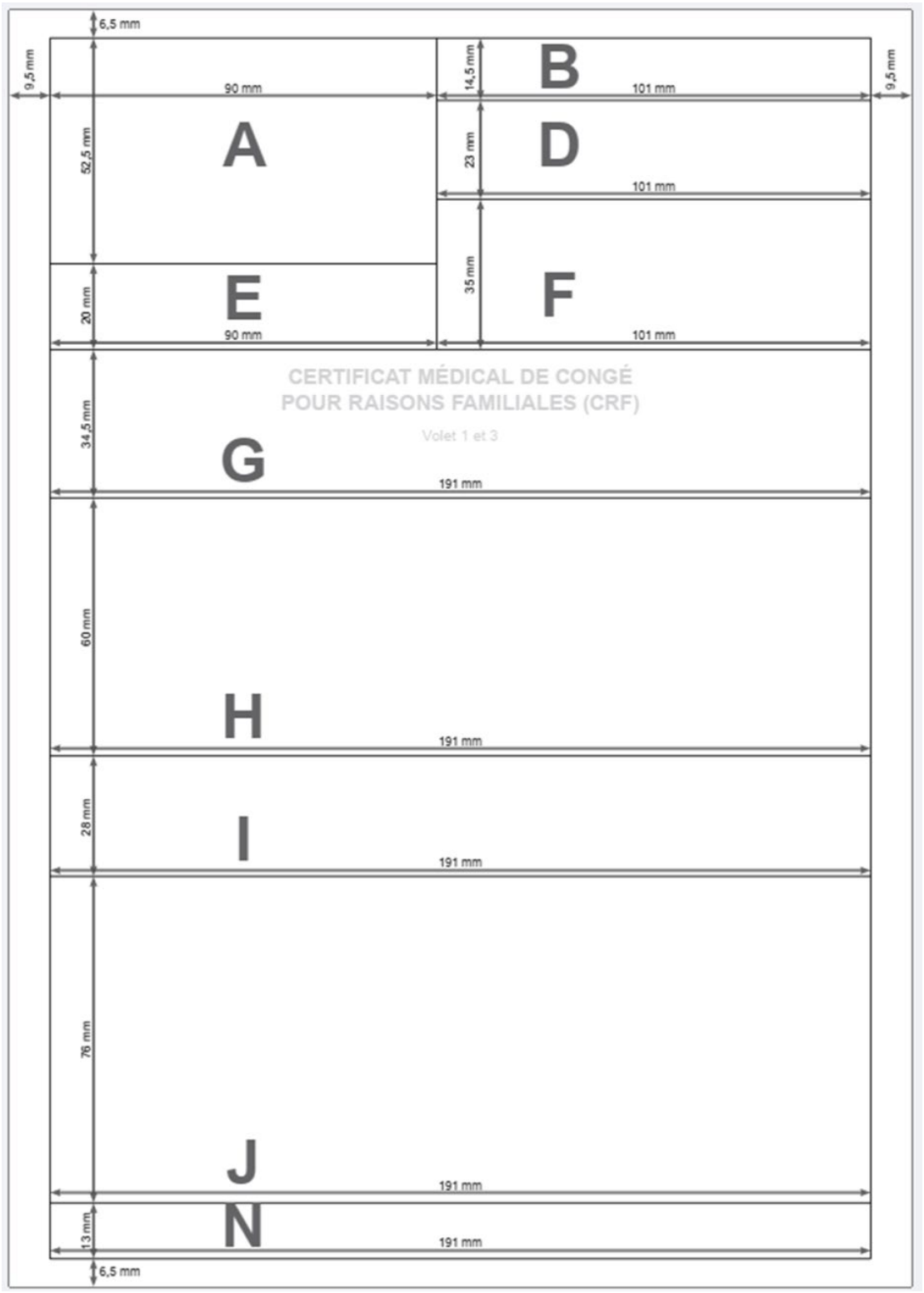
		Centré Nombre volet : Arial 10 Centré		« Volet 3 à garder par le patient (1) »
I	191,0*23,0	Arial 11	Informations concernant la période d'incapacité de travail*	à partir du : JJ/MM/AAAA jusqu'au (inclus) : JJ/MM/AAAA Hospitalisation : cocher (x) la case « OUI » ou la case « NON ». Sorties autorisées : 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 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 ou chez

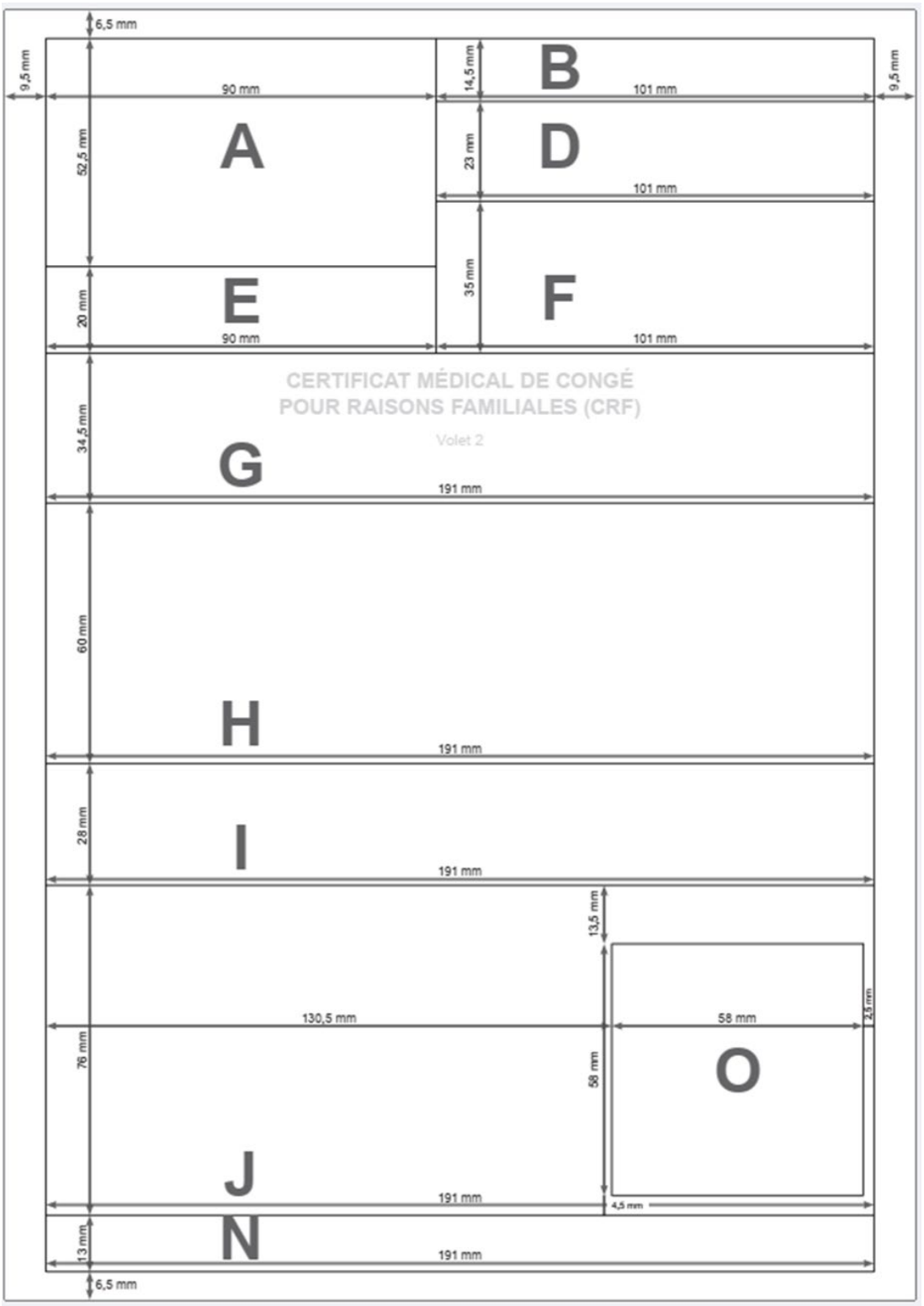
				tout autre prestataire de soins, à documenter par l'assuré. L'assuré est tenu de fournir à la caisse de maladie compétente son adresse exacte où il séjourne pendant son incapacité de travail si celle-ci diffère de son adresse habituelle via : www.cns.lu. En cas de séjour dans un pays différent de celui 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. 49. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé pour raisons familiales, le médecin 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
20 mm
E
35 mm
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	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 :

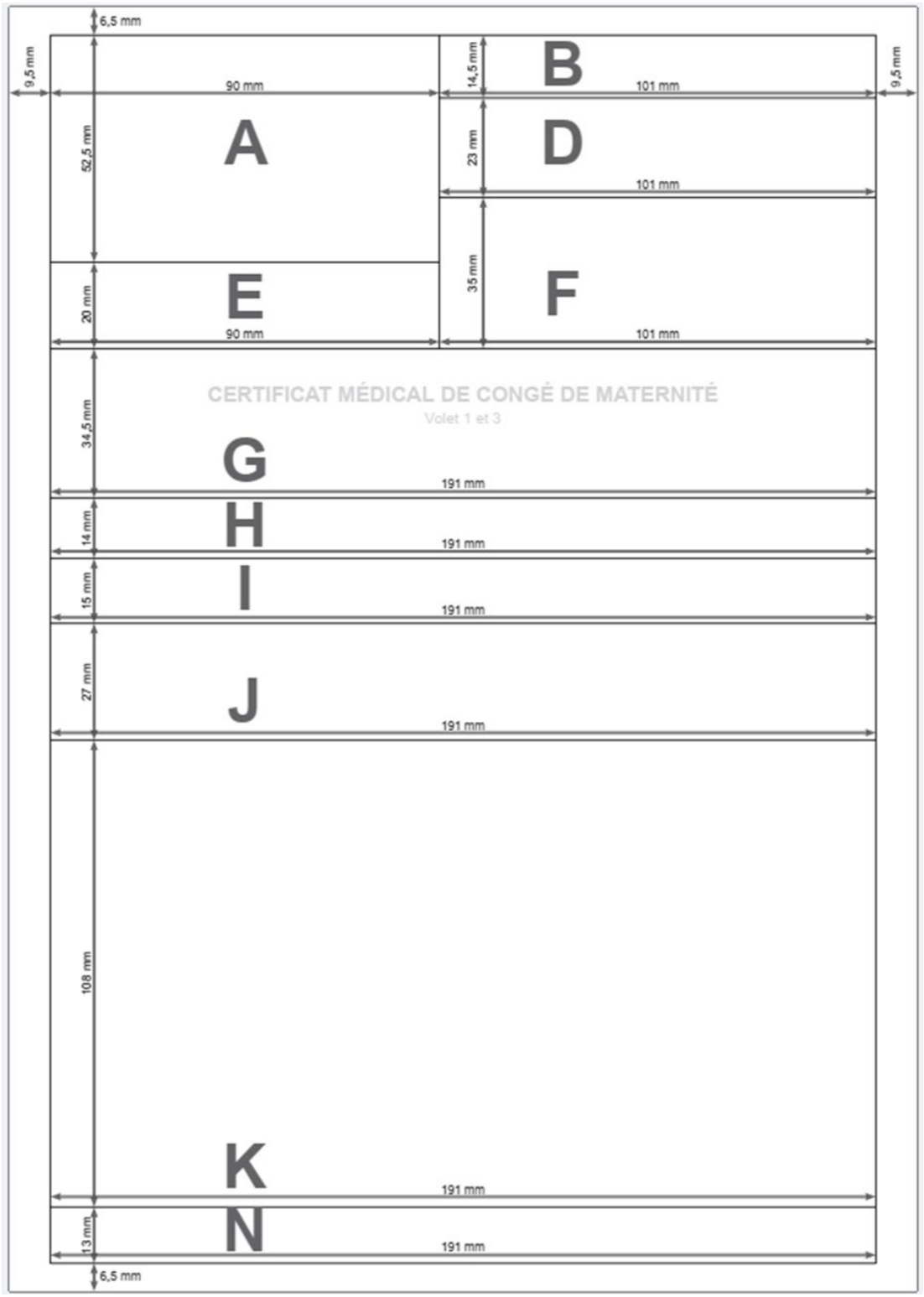
Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
G	191,0*34,5	Intitulé : Arial 14 Bold Majuscules Centré Numéro volet : Arial 10 Centré	Intitulé du certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé pour raisons familiales (CRF) » « Volet 3 à garder par l'assuré »
J	191,0*76,0	Arial 8 Justifié	Informations 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

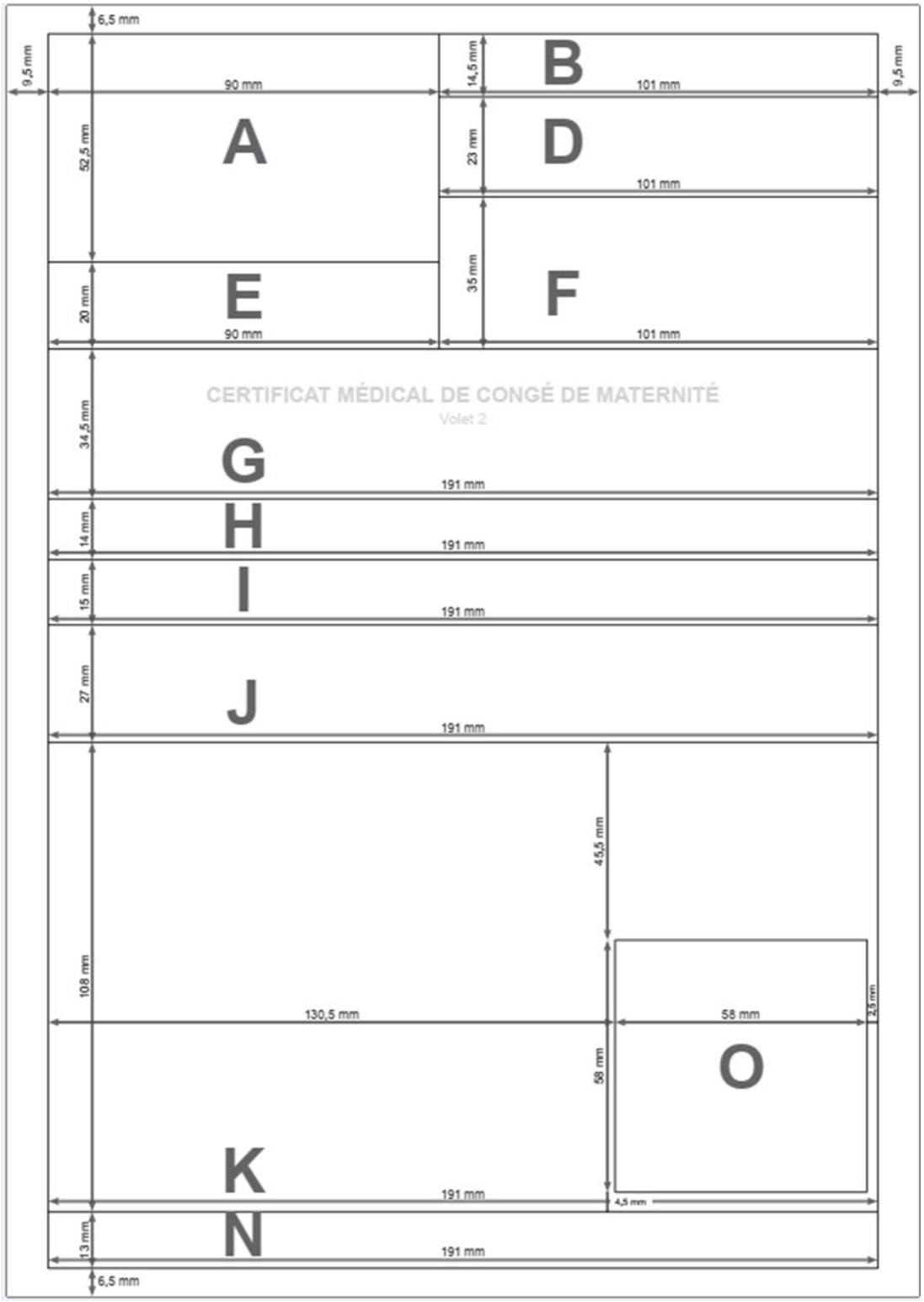
				- 2e tranche d'âge : de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis : 18 jours - 3e tranche d'âge : de 13 ans accomplis jusqu'à 18 ans accomplis et hospitalisé : 5 jours « (*) pour les enfants bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire (conformément à l'article 274 du Code de la sécurité sociale), 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 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 ».

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

Section 3 : Certificat médical de congé de maternité

Art. 50. Dans le cadre de l'émission d'un certificat médical de congé de maternité, le médecin utilise la formule standardisée qui correspond aux modalités suivantes :


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
35 mm
F
101 mm
20 mm
E
90 mm
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ
Volet 1 et 3
34,5 mm
G
191 mm
14 mm
H
191 mm
15 mm
I
191 mm
27 mm
J
191 mm
108 mm
K
191 mm
13 mm
N
191 mm
6,5 mm


6,5 mm
9,5 mm
90 mm
14,5 mm
101 mm
9,5 mm
A
B
52,5 mm
23 mm
D
101 mm
35 mm
E
F
20 mm
90 mm
101 mm
CERTIFICAT MÉDICAL DE CONGÉ DE MATERNITÉ
Volet 2
34,5 mm
G
191 mm
14 mm
H
191 mm
15 mm
I
191 mm
27 mm
J
191 mm
45,5 mm
108 mm
130,5 mm
58 mm
2,5 mm
58 mm
O
K
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 et K sont modifiées comme suit :

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
E	90,0*20,0	Arial 11	Matricule* Patiente*	Matricule de la patiente Nom et prénom de la patiente
F	101,0*35,0	Arial 11	NOM assuré Prénom assuré Adresse assuré 1ère ligne Adresse assuré 2e ligne Adresse assuré 3e ligne	« Patiente : » NOM et prénom de la personne protégée Numéro et rue de la personne protégée
			Adresse assuré 4e ligne	Pour les adresses au Luxembourg : Code pays – code postal – Localité Pour les adresses à l'étranger : Code postal – Localité
			Adresse assuré 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 certificat* Numéro du volet* :	« Certificat médical de congé de maternité » « Volet 1 à transmettre à la caisse de maladie compétente(1) »
H	191,0*14,0	Arial 11 Bold Centré	Disclaimer*	« La patiente mentionnée ci-dessus a été examinée par le prestataire soussigné et il a été constaté qu'elle est en état de grossesse. »
I	191,0*15,0	Arial 11	Date présumée de l'accouchement*	« Date présumée de l'accouchement : » JJ/MM/AAAA
J	191,0*28,0	Arial 11	Date d'établissement du certificat médical de congé de	« Date d'établissement du présent certificat : » JJ/MM/AAAA « Signature du prestataire : »

			maternité et signature du prestataire*	
K	191,0*108,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« (1) **Demande d'octroi du congé de maternité** L'assurée demande l'octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l'aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et indiquant la date présumée de l'accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : **CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg**. 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. « 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 des sanctions et de nullité du certificat.** »

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

Volet 2 :

Les zones A, B, E, F, H, I et J sont identiques à celles prévues au niveau du volet 1 du certificat médical de congé de maternité. Seules les zones D, G et K 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 de maternité » « Volet 2 à transmettre à l'employeur »
K	191,0*108,0	Arial 8 Justifié	Informations légales	« **Durée du congé de maternité** La durée du congé prénatal est de 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement. Le congé postnatal s'étend sur 12 semaines après la date effective de l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal, sans que la durée totale du congé de maternité ne puisse dépasser 20 semaines. Si l'accouchement n'a lieu qu'après la date présumée, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement, sans que la durée du congé postnatal ne puisse être réduite. La durée du congé de maternité ne varie pas en cas d'accouchement multiple. Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur : www.cns.lu. **Conditions d'octroi** Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant le début du

				congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité. **Demande d'octroi du congé de maternité** L'assurée demande l'octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l'aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et indiquant la date présumée de l'accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante : **CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg**. 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 A, B, D, E, F, H, I, J et N sont identiques à celles prévues au niveau du volet 2 du certificat médical de congé de maternité. Seules les zones G et K 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 de maternité » « Volet 3 à garder par la patiente »

K	191*107,5	Arial 8 Justifié	Informations légales	« **Durée du congé de maternité** La durée du congé prénatal est de 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement. Le congé postnatal s'étend sur 12 semaines après la date effective de l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal, sans que la durée totale du congé de maternité ne puisse dépasser 20 semaines. Si l'accouchement n'a lieu qu'après la date présumée, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement, sans que la durée du congé postnatal ne puisse être réduite. La durée du congé de maternité ne varie pas en cas d'accouchement multiple. Vous pouvez calculer les dates de congé de maternité sur : www.cns.lu. **Conditions d'octroi** Seule l'assurée ayant été affiliée à titre obligatoire pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant le début du congé de maternité a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité. **Demande d'octroi du congé de maternité** L'assurée demande l'octroi du congé de maternité auprès de sa caisse de maladie à l'aide du présent certificat établi au plus tôt 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et indiquant la date présumée de l'accouchement (les 12 semaines ne sont pas applicables en cas de dispense de travail pour raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte). En cas d'envoi postal par l'assurée à la CNS, il se fait à l'adresse suivante :

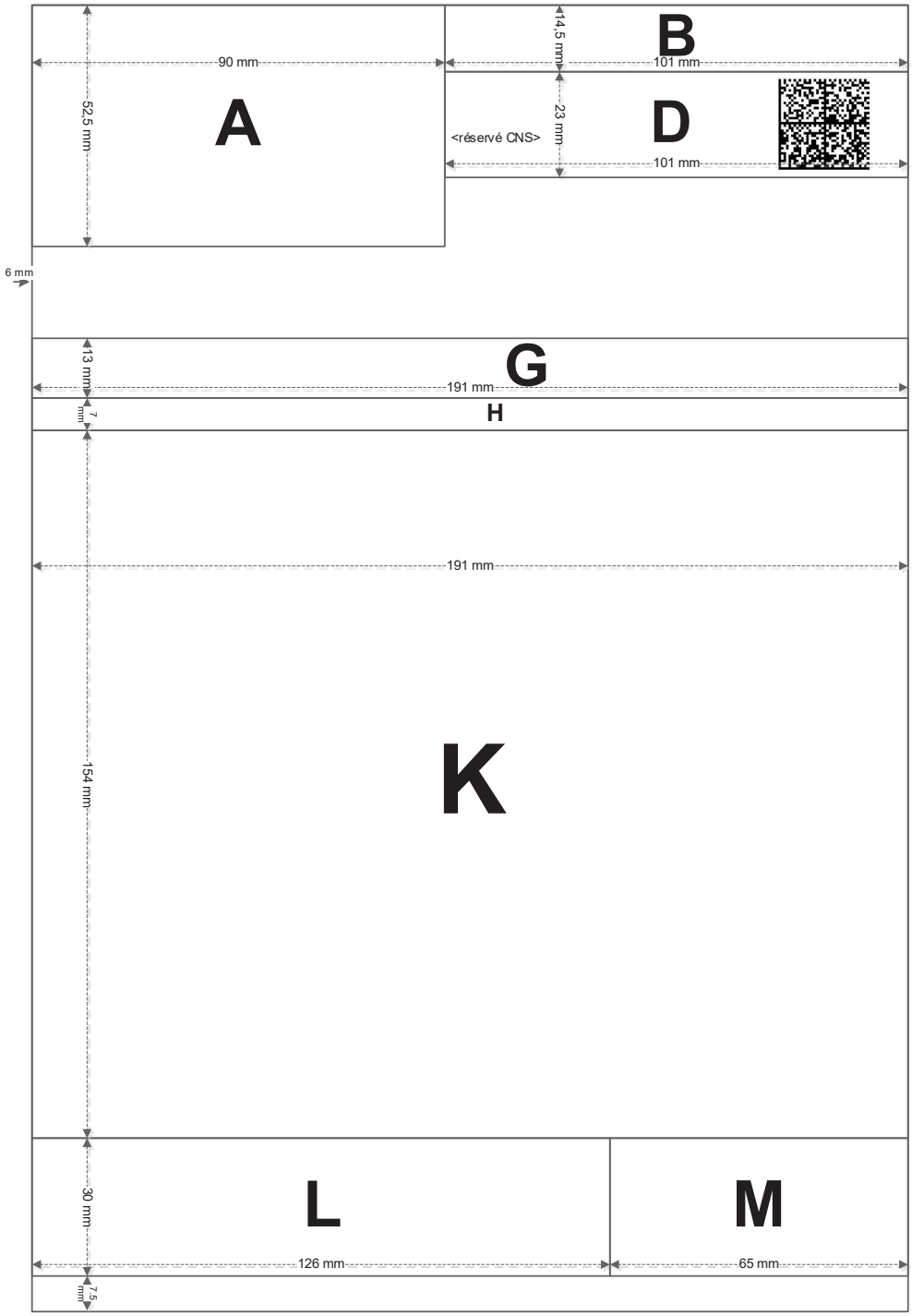
				CNS - Département Prestations en espèces L-2980 Luxembourg. **Après l'accouchement, une copie de l'acte de naissance du nouveau-né est à présenter à la CNS.** Pour avoir des informations sur la transmission numérique, veuillez vous rendre sur : www.cns.lu ou scanner ce code QR : » Un code QR permettant 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. »

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

Chapitre VII : Déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Section 1re : Généralités relatives aux déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 51. La mise en page de la déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil doit correspondre aux modalités suivantes :


A
90 mm
52,5 mm
B
14,5 mm
101 mm
D
23 mm
<réservé CNS>
101 mm
6 mm
G
13 mm
191 mm
H
7 mm
191 mm
K
154 mm
L
30 mm
126 mm
M
65 mm
7,5 mm

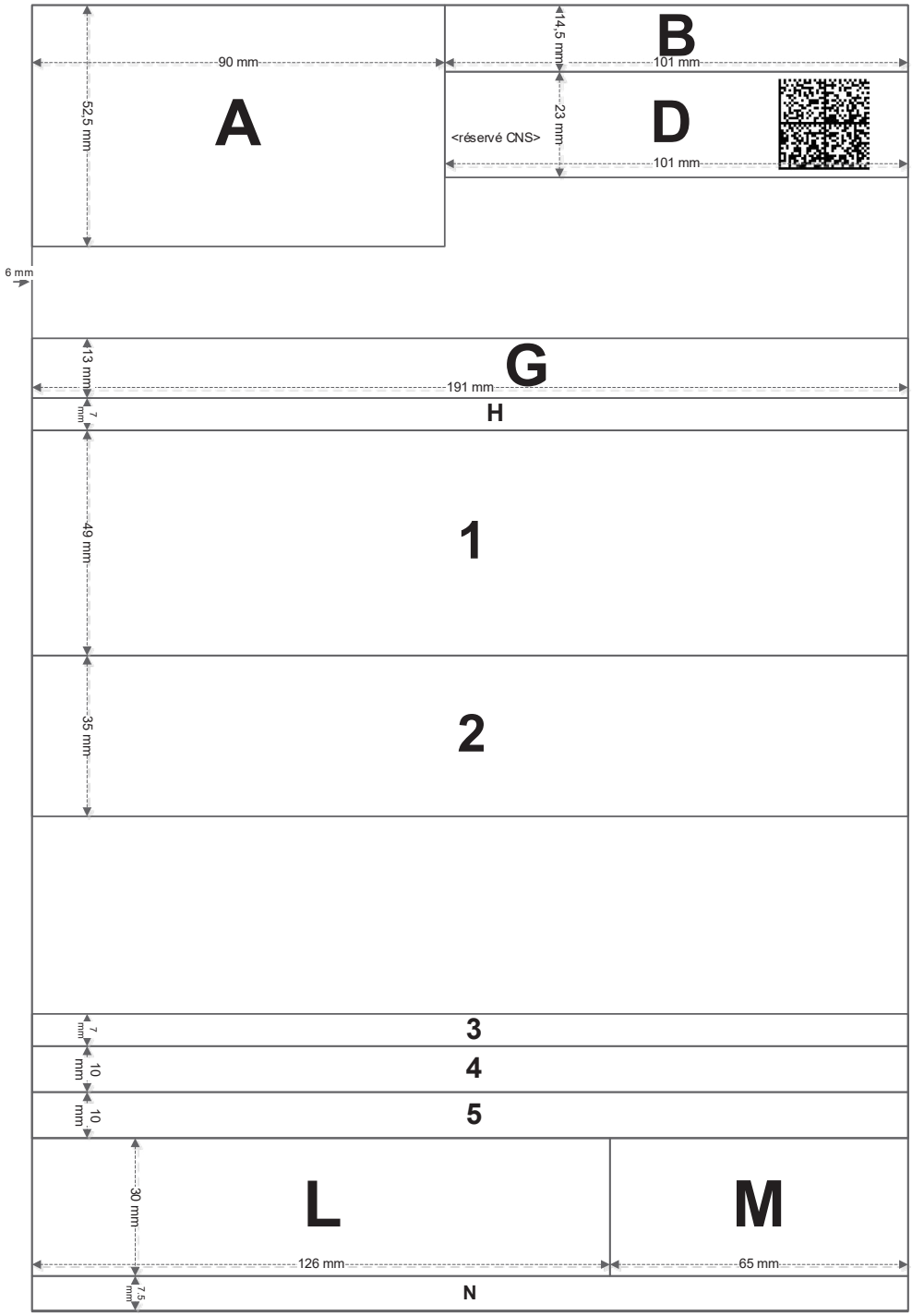
Les zones A et L sont identiques à celles prévues au niveau des ordonnances médicales.

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
B	101,0*14,5	Arial 11	Code prestataire déclarant*	8 positions, code attribué par la CNS.
D	101,0*23,0		Zone réservée CNS	Contient le code-barres conforme à l'article 8 (20mm*20mm)
G	191,0*13,0	Arial 14 Bold	Intitulé de la déclaration*	Le contenu de cette zone varie en fonction des types de déclarations tels que décrits aux articles 52 à 54.
H	191,0*7,0	Arial 9	Date d'établissement *	A défaut, la déclaration n'est pas opposable à l'assurance maladie. Date : JJ/MM/AAAA
K	191,0*154,0	Arial 9	Zone de déclaration*	Cette zone est réservée au prestataire pour l'inscription des déclarations. Le contenu de cette zone varie en fonction des types de déclarations tels que décrits aux articles 52 à 54. Cette zone comporte les précisions nécessaires à une déclaration valable d'appareil.
M	65,0*30,0	Arial 9	Signature* et cachet du prestataire déclarant	
N	191,0*7,5	Arial 7	Disclaimer*	« La CNS traite vos données dans le cadre de la gestion de vos forfaits pour frais d'utilisation d'appareil. 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.

Section 2 : Types de déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 52. Dans le cadre de la déclaration d'un nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :

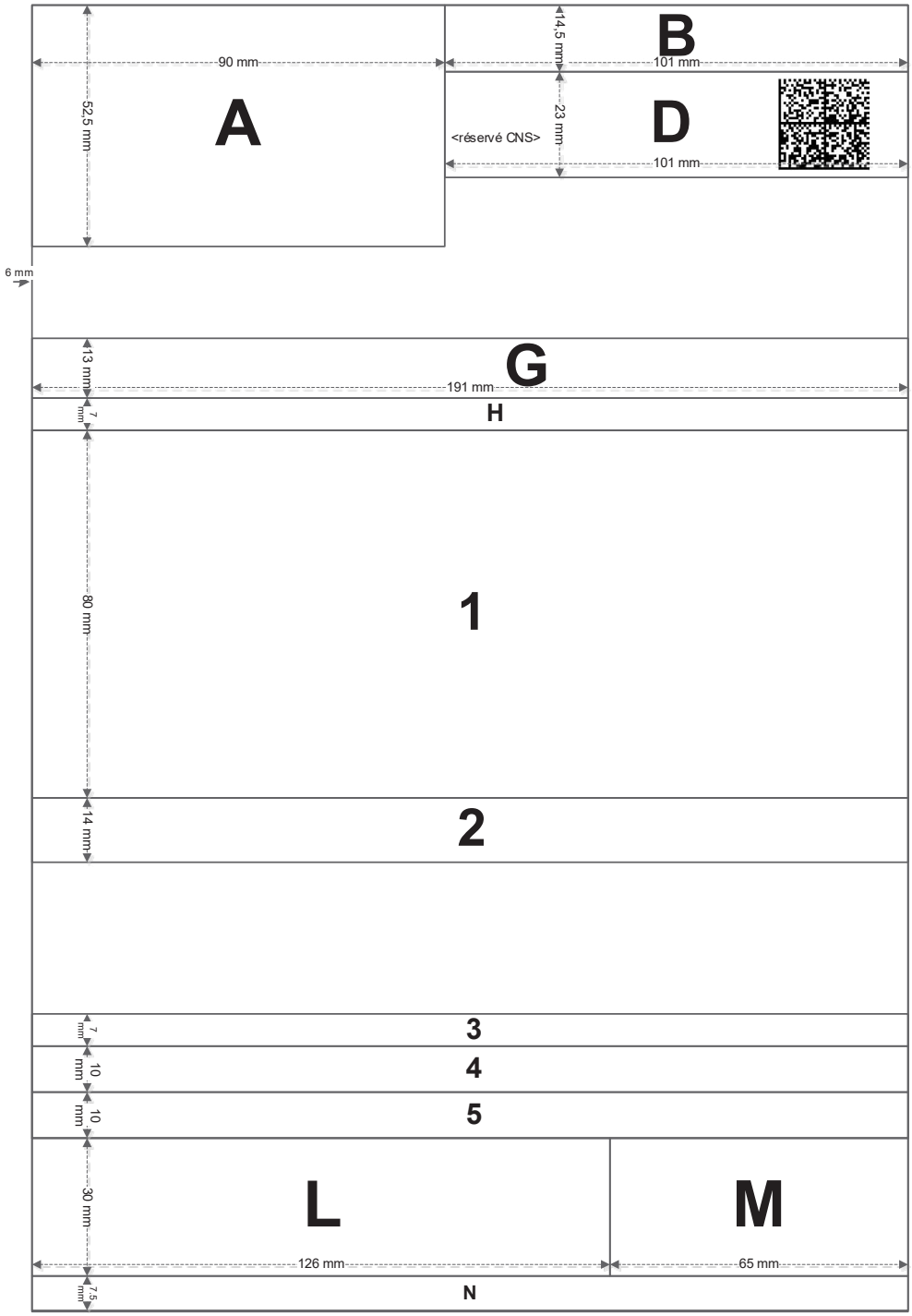

A
90 mm
52,5 mm
B
14,5 mm
101 mm
<réservé CNS>
23 mm
D
101 mm
6 mm
G
13 mm
191 mm
H
7 mm
1
49 mm
2
35 mm
3
7 mm
4
10 mm
5
10 mm
L
30 mm
126 mm
M
65 mm
N
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Type*	Exemples : Echographe, cardiotocogramme, …
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Marque*	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Numéro de série*	
	95,5*7,0			
	191,0*7,0		Type d'acquisition*	Indication du type d'acquisition : 1 - Achat 2 - Leasing 3 - Location
	95,5*7,0		Date d'installation*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Valeur d'acquisition*	En « EUR ».
	95,5*7,0			
2	120,0*7,0	Arial 9 Bold	Pièces à joindre*	Titre
	120,0*7,0	Arial 9	Facture d'acquisition acquittée	Obligatoire en cas d'achat.
	120,0*7,0	Arial 9	Contrat de leasing signé	Obligatoire en cas de leasing.
	120,0*7,0	Arial 9	Contrat de location signé	Obligatoire en cas de location.
	120,0*7,0	Arial 9	Bon de livraison / réception signé avec numéro de série complet de l'appareil*	
3	191,0*7,0	Arial 9	Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil	
4	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil. »

5	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu. »

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

Art. 53. Dans le cadre de la déclaration d'un appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :

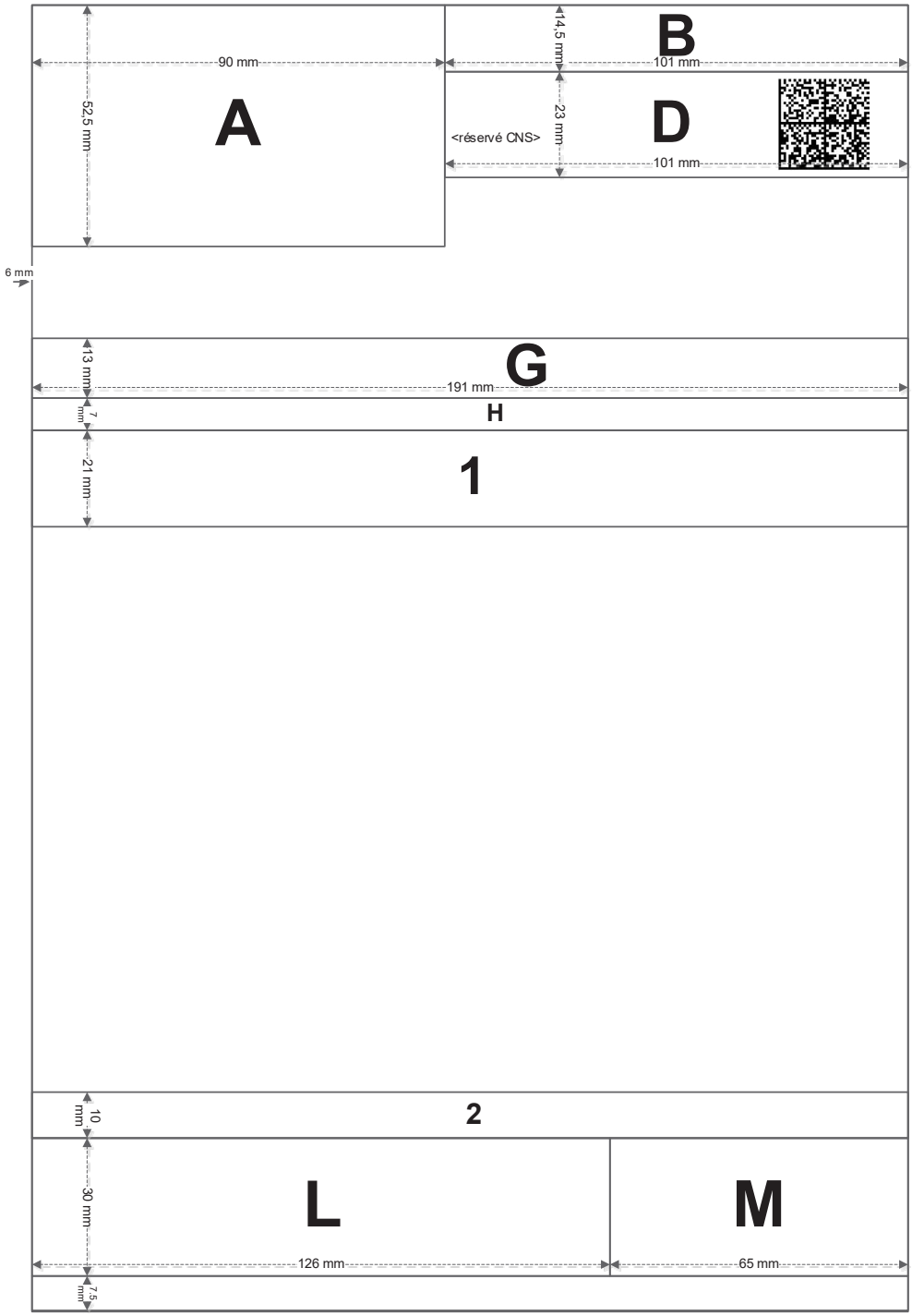

A
90 mm
52,5 mm
B
14,5 mm
101 mm
D
23 mm
<réservé CNS>
101 mm
6 mm
G
13 mm
191 mm
H
7 mm
1
80 mm
2
14 mm
3
7 mm
4
10 mm
5
10 mm
L
M
30 mm
126 mm
65 mm
N
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Type*	Exemples : Echographe, cardiotocogramme, …
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Marque*	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Numéro de série*	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Première année de mise en service*	Date : AAAA
	95,5*7,0			
	191,0*7,0		Pays d'acquisition*	Indication du pays d'acquisition : 1 - Luxembourg 2 - À l'étranger
	95,5*7,0		Identifiant CNS appareil si achat au Luxembourg	15 positions, code attribué par la CNS.
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Date d'installation*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Valeur d'acquisition*	En « EUR ».
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Nom du propriétaire précédant / code prestataire si acquis au Luxembourg	
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Compteur appareil	Obligatoire si pays d'acquisition autre que le Luxembourg.
	95,5*7,0			
2	120,0*7,0	Arial 9 Bold	Pièces à joindre*	Titre
	120,0*7,0	Arial 9	Facture d'acquisition acquittée*	Obligatoire en cas d'achat.
3	191,0*7,0	Arial 9	Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil	
4	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail

				mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil. »
5	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu. »

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

Art. 54. Dans le cadre de la déclaration de la mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, la zone G est remplie comme suit : « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » et la zone K de ce formulaire de déclaration est complétée conformément aux modalités suivantes :


A
90 mm
52,5 mm
B
14,5 mm
101 mm
D
23 mm
<réservé CNS>
101 mm
6 mm
G
13 mm
191 mm
H
7 mm
1
21 mm
2
10 mm
L
30 mm
126 mm
M
65 mm
7,5 mm

Zone	Taille (mm)	Font	Données	Commentaire
1	191,0*7,0	Arial 9 Bold	Données de l'appareil*	Titre
	95,5*7,0	Arial 9	Identifiant CNS appareil*	15 positions, code attribué par la CNS.
	95,5*7,0			
	95,5*7,0		Date de la mise hors service*	Date : JJ/MM/AAAA
	95,5*7,0			
2	191,0*10,0	Arial 8	Disclaimer*	« Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier - B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.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. 55. 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
42	Identifiant CNS appareil

Art. 56. 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. 57. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de mémoire d'honoraires transmise conformément à l'article 55 est le suivant :

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

Art. 58. 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. 59. 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	Identifiant CNS appareil
22	Montant brut acte
23	Code prestataire prescripteur
24	Numéro séance
25	UUID de l'autorisation généré par la CNS
26	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
27	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
28	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur

29	Annexes version PDF
30	Date Ordonnance
31	Devise
32	Complément d'information
33	Office social

Art. 60. 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. 61. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la validation par le médecin 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
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. 62. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la réponse suite à la validation par le médecin 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. 63. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de la contestation par le médecin 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. 64. Dans le cadre de la prise en charge directe par transmission individuelle, le contenu de réponse suite à la contestation par le médecin 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. 65. 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 59 est le suivant :

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

Art. 66. 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. 67. 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	Identifiant CNS appareil
31	Nombre acte
32	Montant brut acte
33	Code prestataire prescripteur
34	Numéro séance
35	UUID de l'autorisation généré par la CNS
36	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
37	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
38	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
39	Date Ordonnance
40	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF
41	Total
42	A Payer
43	Devise
44	Mémoires d'honoraires en version PDF
45	Complément d'information

Art. 68. 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	Identifiant CNS appareil
31	Nombre acte
32	Montant brut acte
33	Code prestataire prescripteur
34	Numéro séance
35	UUID de l'autorisation généré par la CNS
36	Numéro de l'autorisation généré par la CNS
37	UUID de l'ordonnance généré par le prescripteur
38	Numéro de l'ordonnance généré par le prescripteur
39	Date Ordonnance
40	Annexes aux mémoires d'honoraires, en version PDF
41	Total
42	A Payer
43	Devise
44	Mémoires d'honoraires en version PDF

45	Complément d'information
46	Office social

Art. 69. 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. 70. 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. 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 annulation
3	Type anomalie
4	Code anomalie
5	Motif anomalie

Chapitre II : Ordonnances médicales

Art. 72. 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. 73. 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. 74. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des infirmiers responsables de soins généraux » 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	Prénom prescripteur 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	Nom du médicament
22	Dosage

23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 75. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychothérapie » 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. 76. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Diététique » 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	Code(s) pathologie
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 77. 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. 78. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Actes et services des sages-femmes » 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	Justification médicale
23	Version PDF de l'ordonnance

Art. 79. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Psychomotricité » 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 / semaine / mois)
21	Traitement à domicile
22	Version PDF de l'ordonnance

Art. 80. 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. 81. 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. 82. 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. 83. 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. 84. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Aides visuelles » 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
	Zone Lunettes
14	Monture
15	Verres
16	VD (mm)

17	Sphère OD de loin
18	Sphère OG de loin
19	Sphère OD de près
20	Sphère OG de près
21	Cylindre OD de loin
22	Cylindre OG de loin
23	Cylindre OD de près
24	Cylindre OG de près
25	Axe OD de loin
26	Axe OG de loin
27	Axe OD de près
28	Axe OG de près
29	Prisme OD de loin
30	Prisme OG de loin
31	Prisme OD de près
32	Prisme OG de près
33	Addition de près
34	Foyer variable
35	Bifocal
36	Combiné
37	Teinte
38	Indication médicale
	Zone Lentilles
39	VD (mm) (lunettes)
40	Sphère OD
41	Sphère OG
42	Cylindre OD
43	Cylindre OG
44	Axe OD
45	Axe OG
46	Indication médicale
47	Version PDF de l’ordonnance

Art. 85. Le contenu des formules standardisées d’« Ordonnance médicale : Vêtements de compression et de contention » 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	Diagnostic médical / Intervention chirurgicale
15	Date de l'intervention chirurgicale
16	Date de début de la prise en charge du drainage lymphatique
	Pour chaque partie du corps
17	Prescription, précédée du numéro d'ordre
18	Partie latérale du corps concernée - Gauche
19	Partie latérale du corps concernée - Droit
20	Partie latérale du corps concernée - Bilatéral
21	Nombre
22	Type de tricotage
23	Degré minimal de compression (mmHg)
24	Code ou libellé prescrit
25	Durée du traitement (semaines)
26	Durée de mise en place (heures)
27	Motivation pour demande de renouvellement anticipée
28	Version PDF de l'ordonnance

Art. 86. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Pied diabétique » 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	Numéro d'ordre fourniture
15	Nombre de chaussures / paires de fournitures
16	Motivation pour demande de renouvellement anticipé
17	Précisions par rapport à la confection de chaussures orthopédiques sur mesure
18	Version PDF de l'ordonnance

Art. 87. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Dispositifs de correction auditive » 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	Type de prise en charge
15	Code acte
16	Côté
17	Version PDF de l'ordonnance

Art. 88. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande d'un rapport R1 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. 89. 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. 90. 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. 91. 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 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. 92. Le contenu des formules standardisées d'« Ordonnance médicale : Demande pour cure thermale et thérapeutique dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains » 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	Nombre acte
16	Disclaimer
17	Version PDF de l'ordonnance

Art. 93. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 72 à 92 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. 94. 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. 95. 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. 96. 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. 97. 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. 98. 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. 99. 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 : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Art. 100. Le contenu des formules standardisées de « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » 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	Numéro de la feuille de présence de la RCP
4	Matricule patient
5	Prénom patient
6	Nom patient

7	Destinataire
8	Rédacteur
9	Objet
10	Date de la RCP
11	Heure de début
12	Heure de fin
13	Lieu de la RCP
14	Lieu si autre
15	Disclaimer
	Pour chaque prestataire présent
16	Code prestataire
17	Nom prestataire
18	Spécialité médicale
19	Présence
20	Date

Art. 101. 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

Chapitre V : Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison médicale

Art. 102. Le contenu des formules standardisées de « Décompte des indemnités horokilométriques pour service de remplacement des médecins généralistes dans une Maison 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	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Numéro du décompte des indemnités horokilométriques
4	Plage horaire

5	Δ Plage horaire en h
6	Nom médecin
7	Nom accompagnateur
8	Plaque voiture
9	Voiture
10	Région
11	Code prestataire facturier
12	Code prestataire exécutant
13	Date du service début
14	Date du service fin
15	Heure de l'appel
16	Nom et prénom patient
17	Matricule patient
18	Compteur
19	Localité
20	Compteur début
21	Compteur fin
22	Privé médecin aller
23	Privé médecin retour
24	Total des km à répartir
25	Version PDF de l'ordonnance

Art. 103. 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

Chapitre VI : Certificats d'incapacité de travail

Art. 104. 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. 105. 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. 106. Le contenu des formules standardisées de « Certificat médical de congé de maternité » 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 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	Date présumée accouchement	X	X	X
12	Date établissement document	X	X	X
13	Version PDF du volet du CIT	X	X	X

Art. 107. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 104 à 106 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. 108. 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	UUID Document à annuler
3	Motif annulation

Art. 109. 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 VII : Déclarations d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Art. 110. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » 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	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur
6	Déclaration - Numéro interne du prestataire
7	Déclaration - Date d'établissement
8	Type
9	Marque
10	Numéro de série
11	Type d'acquisition
12	Date d'acquisition
13	Valeur d'acquisition
14	Adresse e-mail
15	Consentement
16	Annexes version PDF
17	Version PDF de la déclaration

Art. 111. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » 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	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur
6	Déclaration - Numéro interne du prestataire
7	Déclaration - Date d'établissement
8	Type
9	Marque
10	Numéro de série
11	Première année de mise en service
12	Pays d'acquisition
13	Identifiant CNS appareil si achat au Luxembourg
14	Date d'acquisition
15	Valeur d'acquisition
16	Code médecin du propriétaire précédent (achat au Luxembourg)
17	Nom du propriétaire précédent (achat à l'étranger)
18	Adresse e-mail
19	Consentement
20	Annexes version PDF
21	Version PDF de la déclaration

Art. 112. Le contenu des formules standardisées « Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil » 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	Type
2	UUID du document généré par le prestataire
3	Code prestataire déclarant
4	Nom rapporteur
5	Prénom rapporteur
6	Déclaration - Numéro interne du prestataire

7	Déclaration - Date d'établissement
8	Identifiant CNS appareil
9	Adresse e-mail
10	Consentement
11	Date de la mise hors service
12	Version PDF de la déclaration

Art. 113. Le contenu de la réponse suite à la transmission telle que prévue aux articles 110 à 112 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. 114. Le contenu des demandes d'annulation d'une formule standardisée de déclaration d'appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, 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. 115. 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

Annexe II : DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

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

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

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée (pièces justificatives à joindre) (*)

Nom _____ Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Liste de toute affection de longue durée, dont la personne protégée est atteinte

N° ALD

Identification du médecin référent

Nom _____ Code médecin:

Prénom _____

Accès au dossier de soins partagé (DSP)

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder le contenu de son DSP.

Personne protégée (ou représentant légal)	**Médecin référent**
Date et signature	Date, signature et cachet

La déclaration dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

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

(*)optionnel



Annexe III : RÉSUMÉ PATIENT

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

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

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

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

IDENTIFICATION PATIENT

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

REPRESENTANT LEGAL

Nom : **Prénom :** **Tél :**

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

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

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

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

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

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

PROBLEMES INACTIFS

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

PROBLEMES ACTIFS

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

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

TRAITEMENTS AU LONG COURS

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

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

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

PREVENTION

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

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

CARNET VACCINAL

Vaccination de base					
VACCINATIONS	**ETAT**				**RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)**
d T aP IPV – Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite		**à jour**		**pas à jour**	
Ou					
D – Diphtérie		**à jour**		**pas à jour**	
T – Tétanos		**à jour**		**pas à jour**	
aP – Coqueluche		**à jour**		**pas à jour**	
IPV – Poliomyélite		**à jour**		**pas à jour**	
Patients à partir de 60 ans					
PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques		**à jour**		**pas à jour**	
Patients à partir de 65 ans					
Flu - Grippe saisonnière		**à jour**		**pas à jour**	
Vaccinations pour personnes adultes à risque					
Nom du vaccin:		**à jour**		**pas à jour**	
Autres vaccinations					
Nom du vaccin:		**à jour**		**pas à jour**	
Nom du vaccin:		**à jour**		**pas à jour**	
Nom du vaccin:		**à jour**		**pas à jour**	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

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

Signature auteur du document:

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : **Date d'établissement :** (dd/mm/aaaa)

Type de déclaration : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant

Version du résumé patient : ☐ Original ☐ Modification

Dépositaire du résumé patient : ☐ Médecin référent ☐ Médecin référent remplaçant

☐ Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

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

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Suffixe du matricule :** ☐ F ☐ M

Autre numéro identifiant : **Type autre identifiant :**

REPRESENTANT LEGAL

Nom : **Prénom :** **Tél :**

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

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

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

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

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

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

PROBLEMES INACTIFS

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

PROBLEMES PRE- ET PERINATAUX

ACCOUCHEMENT PREMATURE: ☐ **Oui** ☐ **Non** **TERME DE L'ACCOUCHEMENT:**

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

PROBLEMES ACTIFS

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

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

TRAITEMENTS AU LONG COURS

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

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

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

HANDICAP

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

PREVENTION

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

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

COURBE DE CROISSANCE

TAILLE		POIDS		PERIMETRE CRANIEN (jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)		BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)
	P		P		P	

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS		SI PAS UNIS				MODE DE GARDE			
		Mère		Père					
	Divorcés		Isolée		Isolé		Père		Nourrice
	Séparés		Famille recomposée		Famille recomposée		Mère		Crèche
	Unis						Mère et père		Maison relais/Foyer
	Veuf/Veuve						Familiale		Cantine
						Autre :			
Autre(s) élément(s) important(s):									

RESUME CARNET VACCINAL

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

VACCIN	ETAT			
Les vaccinations de la petite enfance sont		à jour		pas à jour
ou				
D T aP IPV Hib HepB - Vaccin hexavalent		à jour		pas à jour
D T aP IPV Hib - Vaccin pentavalent		à jour		pas à jour
RV - Rotavirus		à jour		pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle		à jour		pas à jour
MenC - Méningocoque C		à jour		pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumococcique conjugué		à jour		pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.				

LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (5-6 ANS)

VACCIN	ETAT			
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite		à jour		pas à jour
La prochaine vaccination est à partir de 12 ans.				

LA VACCINATION DES FILLES A PARTIR DE 12 ANS

VACCIN	ETAT			
HPV - Infections à Papillomavirus (3 injections)				
1ère injection		à jour		pas à jour
2ème injection		à jour		pas à jour
3ème injection		à jour		pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.				

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

VACCIN	ETAT			
Les vaccinations de l'adolescence sont :		à jour		pas à jour
ou				
d T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite		à jour		pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)		à jour		pas à jour
MenC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)		à jour		pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans				

LES VACCINATIONS POUR NOURRISSON ET ENFANT A RISQUE

Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

VACCIN		ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière			à jour		pas à jour	
Autre vaccin :			à jour		pas à jour	
Autre vaccin :			à jour		pas à jour	
Autre vaccin :			à jour		pas à jour	

AUTRES VACCINATIONS

VACCIN		ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Nom du vaccin :			à jour		pas à jour	
Nom du vaccin :			à jour		pas à jour	
Nom du vaccin :			à jour		pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

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

Signature auteur du document:

Annexe IV : RELEVÉ BIENNAL DE L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

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

I. Format technique des données transmises par fichier

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

- **A** : Variable alphanumérique

  Exemples :

  - Numéro ALD (5A/N) : « ALD01 »

- **N** : Variable numérique

  Exemples :

  - Code individuel du prestataire (8N): « 90123456 »
  - Numéro de matricule (13N): « 1912345678912 »
  - Numéro DMR (9N) : « 201512345 »

- **AAAAMMJJ** : Date

  Exemple :

  - Date d'envoi prestataire (8AAAAMMJJ) : « 20160731 »

II. Description du layout du fichier XML

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

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

Libellé des zones	Définition et Exemple
Entête du relevé biennal ALD	
Référence relevé biennal ALD	Référence attribuée par le prestataire
Cadre légal	Valeur « MED »
Layout	Indique le numéro de version du layout utilisé pour le fichier : « 001 »
Type de fichier	Valeur « ALD »
Organisme	Valeur : « 18 »
Prestataire fournisseur	Code du prestataire fournissant le relevé biennal ALD à la CNS
Période de référence	Année (2016) et mois (07)
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le relevé biennal ALD a été envoyé par le prestataire à la CNS
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Retour Organisme	
Nombre total de déclarations MR	Nombre total de déclarations MR contenues dans le relevé
Nombre de déclarations exploitables	Nombre de déclarations exploitables
Nombre de déclarations non exploitables	Nombre de déclarations non exploitables
Nombre total d'ALD	Nombre total d'ALD contenues dans le relevé
Nombre d'ALD exploitables	Nombre d'ALD exploitables
Nombre d'ALD non exploitables	Nombre d'ALD non exploitables
Date d'entrée organisme	Date de réception par la CNS
Date envoi organisme	Date envoi retour par la CNS « RETALD »
Médecin référent	
Prestataire	Code individuel du médecin référent
Déclaration(s) MR	
Déclaration individuelle	
Numéro DMR	Numéro DMR de la relation MR
Matricule	Matricule de la personne protégée
Contestation (retour organisme)	
Refus informel (niveau déclaration MR)	
Motif(s) de contestation	Indique le(s) motif(s) de contestation (se reporter au référentiel des codes de contestation)

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

Remarque :

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

Annexe V : RÉVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

RÉVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT D'UN COMMUN ACCORD

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

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

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ Numéro d'identification: ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée

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

Nom _____ Numéro d'identification: ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Identification du médecin référent

Nom _____ Code médecin: ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝

Prénom _____ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝

Numéro de la déclaration **D M R**

⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Date ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟	**Personne protégée (ou représentant légal)**	**Médecin référent**
	Signature	Signature et cachet

La révocation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

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

* D M R R C A 0 0 3 *

(*)optionnel

RÉVOCATION DECLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT

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

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

Identification du médecin référent

Nom _____ Code médecin:

Prénom _____

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ Numéro d'identification:
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée
(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)

Nom _____ Numéro d'identification:
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Numéro de la déclaration **D M R**

Date	**Médecin référent**
	Signature et cachet

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

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

(*)optionnel

DMRRUM003

RÉVOCATION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT PAR LA PERSONNE PROTÉGÉE

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

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

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom _____ Numéro d'identification: ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée
(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (*)

Nom _____ Numéro d'identification: ⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝
(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s) _____ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Adresse de correspondance(*)

(Rue) _____ *(N°)* _____

(Pays) _____ *(CP)* _____ *(Localité)* _____

⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝

Numéro de la déclaration **D M R**

⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟

Date	**Personne protégée (ou représentant légal)**
⌜ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⊤ ⌝ ⌞ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⊥ ⌟	Signature

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

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

(*)optionnel

* D M R R U P 0 0 3 *