

**Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, les personnes protégées, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 13 de la convention conclue entre le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains et la Caisse nationale de santé.**

Vu les articles 61 à 70 du Code de la sécurité sociale,

vu l'article 13 de la convention du 13 décembre 2017 (nommée par la suite « la convention »),

les parties soussignées, à savoir :

Le Centre thermal et de santé (ci-après « le Centre ») avec siège à Mondorf-les-Bains, représenté par le directeur général, Monsieur Pierre PLUMER,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé (ci-après « la CNS »), représentée par le président de son Comité directeur, Monsieur Paul SCHMIT,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

## I. DOCUMENTS ET FORMULES STANDARDISÉS

### Art. 1<sup>er</sup>.

Les documents, formules et fichiers visés par le présent cahier des charges sont les suivants :

- Glossaire (Annexe I) ;
- Dénomination du fichier électronique de facturation (Annexe II) ;
- Descriptif du fichier électronique de facturation (Annexe III) ;
- Justificatif de paiement (Annexe IV) ;
- Relevé des redressements (Annexe V) ;
- Liste des motifs de refus utilisés par la CNS (Annexe VI) ;
- Modèle de facture (Annexe VII) ;
- Relevé des entrées et des sorties des curistes (Annexe VIII) ;
- Règles de comptabilité générale et analytique (Annexe IX) ;
- Format et dénomination des certificats d'interruption (Annexe X).

**Remarque explicative** : Toutes les formules visées par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre les personnes protégées, le Centre, le Contrôle médical de la sécurité sociale, les caisses de maladie, la CNS et l'Association d'assurance accident.

À l'annexe I du cahier des charges, qui fait partie intégrante de la convention conclue entre le Centre et la CNS, un glossaire reprend les termes et expressions utilisés dans le cadre des échanges entre les parties liées par la convention.

## II. TRANSMISSION DES DONNÉES PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

### Mise en œuvre de la transmission par voie électronique de données

#### Art. 2.

Pour effectuer la transmission par voie électronique, un raccordement au réseau Healthnet avec authentification forte est requis.

#### Art. 3.

Le Centre s'engage à se doter des moyens de communication suffisants et à suivre la procédure publiée sur le site Internet de la CNS pour accéder au transfert par voie électronique de données structurées et normalisées, de système informatique à système informatique.

#### Art. 4.

La CNS communique au Centre la décision d'accord ou de refus du droit d'accès à la transmission par voie électronique et le cas échéant lui fait part des motifs de refus. En cas d'accord, le Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS) lui communique son code et son mot de passe pour qu'il puisse accéder à son compte.

Ces droits d'accès sont strictement personnels et ne peuvent pas être transférés d'un employé à un autre. Tout changement de fonction ou départ d'un employé ayant un accès personnel doit être signalé par le Centre à la CNS.

### Dénomination du fichier électronique de facturation

#### Art. 5.

La dénomination du fichier électronique de facturation prévu par la convention et le présent cahier des charges est définie à l'Annexe II.

#### Art. 6.

Lors de la transmission par voie électronique des fichiers, le Centre s'engage à respecter la dénomination des fichiers ainsi que les libellés et le contenu des différentes zones définies dans les fichiers électroniques tels que prévus aux annexes III et VIII du présent cahier des charges.

### Notification du dépôt d'un fichier

#### Art. 7.

Lors de chaque dépôt d'un fichier effectué par le Centre sur le compte de la CNS, la CNS en informe le Centre. Cette information constitue une simple notification de dépôt et n'a pas de valeur juridique.

### Conservation des preuves numériques

#### Art. 8.

Dans le cadre des processus de transmissions électroniques, les pièces justificatives numériques sont intégrées et sauvegardées dans les archives électroniques du Centre et de la CNS. L'intégration et la conservation se font conformément aux conditions et modalités prévues par les lois, règlements et conventions en vigueur.

## III. FACTURATION

### Contenu de la facture

#### Art. 9.

Le fichier électronique de facturation comporte obligatoirement les données figurant sur le modèle prévu à l'Annexe III du présent cahier des charges.

#### Art. 10.

Dans le cadre d'une matérialisation d'une facture, elle est établie conformément au modèle prévu à l'annexe VII du présent cahier des charges.

## Formats des fichiers

### Art. 11.

Le fichier électronique de facturation échangé est un fichier plat respectant les spécifications techniques définies à l'Annexe III.

Toute évolution technique du modèle est signalée au Centre qui dispose d'un délai de trois mois pour s'y conformer.

## Entrée des données à la CNS

### Art. 12.

Le Centre fait parvenir le fichier électronique de facturation par voie électronique à la CNS tel que défini aux articles 2 à 8 du présent cahier des charges.

La transmission du fichier électronique de facturation vaut demande de paiement des montants opposables. Le Centre est responsable de l'exactitude des données.

### Art. 13.

Le Centre ne peut introduire qu'un seul fichier électronique de facturation par mois de calendrier à la CNS.

Le fichier électronique de facturation introduit à la CNS au cours du mois MM porte le nom du mois précédent (MM-1) ainsi que l'année correspondante (AAAAMM-1). À défaut le fichier est retourné au Centre sans être traité. Il est loisible au Centre de présenter les prestations sur un fichier électronique de facturation subséquent.

### Art. 14.

Le délai de paiement est calculé selon les dispositions prévues à l'article 18 de la convention.

### Art. 15.

Si des cures reprises dans le fichier de facturation sont concernées par une interruption, le Centre transmet à la CNS en même temps que le fichier de facturation et pour chaque interruption de cure, un certificat d'interruption respectant les spécifications techniques définies à l'Annexe X.

Les certificats d'interruption de cure peuvent être regroupés dans un fichier unique compressé respectant les spécifications définies à l'annexe X.

## Retour des données au Centre

### Art. 16.

La CNS envoie par voie électronique une information de dépôt des fichiers sur le serveur du Centre lorsque les données entrées sur le fichier électronique de facturation sont exploitables et conformes à l'Annexe III du présent cahier des charges. Dans le cas contraire, le fichier est retourné sans être traité par voie électronique au Centre avec indication des motifs du retour.

### Art. 17.

L'accusé de réception du fichier électronique de facturation prend la forme d'un email automatique envoyé à l'adresse email fournie par le Centre. L'accusé de réception renseigne expressément la date qui sert de point de départ au calcul du délai de paiement prévu à l'article 18 de la convention.

### Art. 18.

Avec le paiement la CNS transmet au Centre un justificatif de paiement sur support papier. Ce justificatif de paiement prend la forme prévue à l'Annexe IV.

## Contestation des prestations

### Art. 19.

En cas de contestation de prestations, la CNS transmet les motifs de refus prévus à l'annexe VI renseignés sous forme de codes sur le relevé des redressements figurant à l'annexe V du cahier des charges. Ce relevé des redressements est joint au justificatif de paiement.

**Valeur comptable des pièces justificatives sur support « papier »**

**Art. 20.**

Dans le cadre des échanges entre le Centre et la CNS, le justificatif de paiement fait office de pièce justificative des écritures comptables.

En foi de ce qui précède les soussignés, dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent cahier des charges.

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 2017 en deux exemplaires.

*Pour la Caisse Nationale de Santé,  
le président,*

**Paul Schmit**

*Pour le Centre thermal et de santé de  
Mondorf-les-Bains,  
le directeur,*

**Pierre Plumer**

## Annexe I - Glossaire

<b>Code de l'organisme payeur</b>	Code à deux positions numériques définissant l'organisme de sécurité sociale compétent
<b>Code de l'acte</b>	Notion nomenclature : identifiant de l'acte aussi appelé code tarif
<b>Code prescripteur</b>	Code prestataire individuel du médecin qui a le droit d'établir une ordonnance aussi appelé code médecin
<b>Code prestataire</b>	Code prestataire attribué à une personne physique ou morale qui a un lien conventionnel ou contractuel avec l'assurance maladie aussi appelé code fournisseur
<b>Conditions administratives</b>	Par exemple condition de la validité de l'affiliation, du code prestataire, contrôle du nombre maximum de prestations prises en charge pour une période définie, etc.
<b>Contrôles sémantiques</b>	Contrôles de fond et de contenu
<b>Contrôles syntaxiques</b>	Contrôle de forme, de format, contrôle de l'exploitabilité des données figurant au fichier
<b>Date accident</b>	Date de l'accident du travail, du trajet déclaré ou de la maladie professionnelle déclarée suivant les règles décrites en application du règlement grand-ducal modifié du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents
<b>Date d'établissement du titre de prise en charge</b>	Date à laquelle le titre de prise en charge est émis par la CNS
<b>Date de début de validité du titre de prise en charge</b>	Date de début de droit à la prise en charge des prestations accordées suivant les conditions inscrites sur le titre de prise en charge
<b>Date de fin de validité du titre de prise en charge</b>	Date de fin de droit à la prise en charge des prestations accordées suivant les conditions inscrites sur le titre de prise en charge
<b>Date début de traitement</b>	Date à laquelle la première prestation du traitement prescrit est réalisée.
<b>Date fin de traitement</b>	Date à laquelle la dernière prestation du traitement prescrit est réalisée. Date liée à la prestation et non à l'ordonnance
<b>Date d'entrée à la CNS</b>	Date à laquelle le dossier (ordonnance, demande, déclaration, facturation, ...) est entré à la CNS ou auprès d'une autre institution de sécurité sociale
<b>Date d'établissement de la facture</b>	Date à laquelle la facture est établie par le prestataire
<b>Date de décompte</b>	Indique le mois décompté dans le fichier électronique de facturation
<b>Date ordonnance</b>	Date à laquelle l'ordonnance a été établie
<b>Date prestation (JMMMAAAA)</b>	Date à laquelle la prestation du traitement prescrit est réalisée
<b>Décision de la CNS</b>	Décision positive ou négative prise par la CNS en conclusion de l'instruction d'un dossier
<b>Doublon</b>	Deux factures différentes destinées à une même personne protégée pour une même prestation et pour la même date prestation. La dernière facture présentée est en règle générale refusée
<b>Justificatif de paiement</b>	Pièce comptable établie par la CNS suite à la demande de paiement présentée par le fichier électronique de facturation, retournée au prestataire pour le renseigner sur les montants effectivement payés, les redressements et corrections, les retenus et les contestations éventuelles
<b>Montant brut</b>	Montant de la prestation (tarif de la nomenclature) sans déduction de la participation statutaire
<b>Montant net</b>	Montant de la prestation avec déduction de la participation statutaire (montant brut - participation personnelle)
<b>Numéro accident</b>	Numéro de référence du dossier de l'accident du travail, du trajet déclaré ou de la maladie professionnelle déclarée suivant les règles décrites en application du règlement grand-ducal modifié du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents
<b>Participation statutaire</b>	Participation personnelle à charge de la personne protégée, définie dans les statuts de la CNS

<b>Prestation</b>	Acte de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre pris en charge par l'assurance maladie
<b>Taux de participation</b>	Le taux de participation exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant à charge de la personne protégée
<b>Taux de prise en charge</b>	Le taux de prise en charge exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant remboursé par l'assurance maladie
<b>Titre de prise en charge</b>	Document qui explicite la décision d'autorisation de prise en charge

**Annexe II - Dénomination du fichier électronique de facturation**

**I. Structure de dénomination des fichiers**

Tous les fichiers entrant à la CNS auront une structure de nom identique.

- Les noms des fichiers peuvent être en lettres minuscules ou en majuscules.
- Les noms des fichiers commencent toujours
  - o par la lettre 'F' pour les fichiers de l'assurance maladie suivi
  - o par le code prestataire à 8 positions
  - o puis par l'année de décompte sur 4 positions
  - o puis par le mois de décompte sur 2 positions
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis par un identifiant convention à 3 positions qui définit une convention dans le cadre de laquelle la facturation est demandée
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis par le type de fichier sur 6 positions
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis par le numéro de layout sur 3 positions
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis par la date d'envoi du fichier sur 8 positions
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis par une référence sur 30 positions

Illustration schématique :

[F][Code prestataire][Année][Mois]\_[Cadre légal]\_[Type fichier]\_[Numéro Layout]\_[Date]\_[Référence]

Libellé des zones	Désignation
F	Fichiers assurance maladie
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions
Année	Année à 4 positions numériques
Envoi	Mois d'envoi à 2 positions numériques
Cadre légal	Cadre légal : CUR
Type fichier	Identifiant du fichier qui servira à déterminer le type de fichier dont il s'agit (voir ci-après)
Numéro Layout	Numéro du layout transmis (voir ci-après)
Date envoi	Date d'envoi au format AAAAMMJJ
Référence	Référence externe propre à chaque prestataire

**Fichiers de facturation**

- La zone [type fichier] a une des valeurs suivantes

Type fichier	Désignation
FAC	Facturation
RETFAC	Retour facturation

- La zone [Numéro Layout] aura la valeur 001. Tout changement de format de fichier ou de zones à l'intérieur du fichier affectera obligatoirement le numéro de layout. Cette information sera mise à disposition par la CNS à chaque changement de layout.
- La zone [Référence] est propre à chaque prestataire avec une longueur maximale de 30 caractères.

**II. Format de compression des fichiers**

Le format de compression supporté pour les fichiers plats est le format zip (extension .ZIP).



### Annexe III - Descriptif du fichier électronique de facturation

- Description du fichier électronique de facturation envoyé par le Centre à la CNS
- Format technique des données transmises par fichier
- Le Centre doit appliquer les règles de format décrites ci-après dans ses échanges électroniques avec la CNS.

#### I. Supports acceptés

- Les données sont encodées en ASCII ;
- Le fichier a une longueur d'enregistrement fixe de 147 octets ;
- Chaque enregistrement est terminé par un carriage – return et un line – feed ;
- Le contenu des zones numériques est ajusté à droite avec les zéros non significatifs présents ;
- Le contenu des zones alphanumériques ou alphabétiques est ajusté à gauche ;
- Les zones facultatives sont à remplir par des '0' (zones numériques) ou par des espaces (zones alphanumériques) si elles ne sont pas utilisées ;
- Les zones de retour sont à initialiser comme une zone facultative du même type (numérique ou alphanumérique) ;
- Les zones dates sont au format AAAAMMJJ ;
- Sauf indication contraire, il est requis d'utiliser un format complet pour la date :
  - o Si indication d'une partie de date facultative :
    - Date non obligatoire « 00000000 »
    - Date sans précision du jour « AAAAMM00 »
    - Date sans précision du mois ni du jour « AAAA0000 »
- Les zones heures sont au format HHMM. Si l'heure est facultative, remplir par « 0000 »;
- En cas de connexion du prestataire sur une ligne ISDN ou sur Healthnet, le fichier pourra être transféré à l'aide du programme FTP.

## II. Description du fichier (layout)

Position	Nbr. de bytes	Alphanumérique ou numérique	Libellé
1	1	N	Version du layout toujours '1'
2 - 9	8	N	Date du décompte sous forme AAAAMMJJ
10	1	A	Organisme payeur : U = CNS
11 - 16	6	N	Code prestataire (Centre) - les 6 premières positions sans check-digit
17 - 29	13	N	Numéro d'identification unique (matricule) de la personne protégée AAAAMMJJ00000
30 - 39	10	A	Numéro de l'accident (UAAAA00000) ou (LAAAA00000), si la prestation est à charge de l'Association d'assurance accident
40 - 54	15	A	Numéro facture
55 - 62	8	N	Date ordonnance (AAAAMMJJ)
63 - 70	8	N	Date validité ordonnance (AAAAMMJJ) (= facultative)
71 - 76	6	N	Code du médecin prescripteur
77 - 82	6	N	Code de l'exécutant (Centre) - les 6 premières positions sans check-digit
83 - 92	10	A	Code de la prestation munie du suffixe (code nomenclature)
93 - 100	8	N	Date début de la prestation (AAAAMMJJ) (jour effectif de la prestation)
101 - 108	8	N	Date fin de la prestation (AAAAMMJJ) (jour effectif de la prestation)
109 - 112	4	N	Heure début de la prestation sous forme de HHMM (= facultative). Cette zone est à compléter au cas où le nombre de séances par jour > 1, respectivement en présence d'une majoration d'un acte (ex. : nuit). Il y a lieu d'indiquer l'heure effective du début de la prestation
113 - 116	4	N	Heure fin de la prestation sous forme de HHMM. Toujours '0000'
117 - 119	3	N	Nombre de fois que le code de la prestation a été exécuté
120 - 126	7	N	Montant de la prestation sans déduction de la participation (Brut)
127 - 128	2	N	Décimales du montant brut
129 - 135	7	N	Montant de la prestation après déduction de la participation (Net)
136 - 137	2	N	Décimales du montant net
138 - 141	4	N	Numéro du titre de prise en charge. Toujours '0000'
142 - 144	3	N	Zone Retour : code du refus de la prestation (donnée chargée par la CNS en cas de retour du fichier)
145 - 147	3	A	Code de la devise EUR

## Annexe IV - Justificatif de paiement

**CAISSE NATIONALE DE SANTE**

B.P.1023 L-1010 Luxembourg Fax: 2757-2758 www.cns.lu

Référence : Luxembourg, le  
Responsable :  
Téléphone :  
prenom.nom@secu.lu

Code prestataire : **NOM Prestataire**  
Compte : LU **Adresse Prestataire**  
**Ville Prestataire**

**Numéro Relevé CNS :****Date entrée :**

Nous avons l'honneur de vous informer que nous procéderons au paiement du décompte relevé ci-dessous.

**Décompte : AAAA-MM**

Montant demandé :	0,00
Redressements :	0,00
Ajouts:	0,00

---

Total :	0,00
---------	------

NOM PRENOM Gestionnaire CNS

Annexe V - Relevé des redressements

**CAISSE NATIONALE DE SANTE**

B.P.1023 L-1010 Luxembourg Fax: 2757-2758 www.cns.lu

N° Releve CNS :

Code prestataire

Date Entree :

<u>REDRESSEMENTS</u>			
<u>Matricule</u>	<u>Nom</u>	<u>Numéro Facture</u>	<u>Montant</u>
XXXXXXXXXXXX	Nom Prenom	Num facture	
MOTIF DE REFUS			
XXXXXXXXXXXX	Nom Prenom	Num facture	
MOTIF DE REFUS			

**Total:**

**NOTE IMPORTANTE :** Les prestations contestées peuvent être réintroduites conformément à l'article 19 de la convention conclue entre le Centre et la CNS.

**Annexe VI - Liste des motifs de refus utilisés par la CNS**

Les motifs de refus utilisés par le système PEN2 de la CNS peuvent être les suivants :

Code de la remarque ou du refus	Libellé abrégé	Explication
034	PATIENT DÉCÉDÉ	La date de décès du patient est inférieure à la date de la prestation. La date décès est affichée.
020	PAS D’AFFILIATION	Il n'existe aucune affiliation pour une des dates du traitement au moins.
073	DATES ENTRÉE SORTIE	Date d'entrée ou date de sortie invalide.
074	DATES INVERSÉES	Dates d'entrée et de sortie inversées.
080	NUMERO ACCIDENT	Le numéro accident n'est pas correct.
094	DIFFERENCE PRIX	Le prix demandé ne correspond pas à celui de la nomenclature.
101	TYPE ACCIDENT INVALIDE	Le numéro accident saisi est invalide.
108	PATIENT NON NUMERIQUE	Le numéro matricule du patient doit être numérique.
109	PATIENT INEXISTANT	Ce numéro matricule n'existe pas.
110	MAT DESACT	Le numéro matricule du patient est désactivé.
117	DATE ORDONNANCE INVALIDE	Aucune date d'ordonnance est indiquée ou la date est non valable.
119	PRESCRIPTEUR INEXISTANT	Le code prescripteur saisi n'existe pas.
154	DATE ACCIDENT LE	La date prestation se situe avant la date d'accident.
184	PRESCRIPTION DEUX ANS	La demande se prescrit par deux ans à partir de la date à laquelle les prestations ont été respectivement dispensées ou fournies à l'assuré.
204	TARIF INEXISTANT	Tarif inexistant ou un tarif non valable pour la date prestation saisie

222	DÉLAI NON RESPECTE	Pour les cures T200, T203 et T206, la nomenclature prévoit un délai d'attente de 24 mois entre deux séries de traitement de même niveau
401	CDE INDIVIDUEL PREST	Le code individuel doit être utilisé comme prescripteur.
596	PRESTATION DOUBLE	Le même tarif a déjà été remboursé.
668	PRESC DATE ORDONNANCE	La date d'ordonnance manque.
876	PRESCRIPTEUR NON AUTORI	Pour la date ordonnance saisie, le prescripteur n'a pas d'autorisation dans le fichier fournisseur.
887	PRESTATION < ORDONNANCE	La date prestation se situe avant la date de l'ordonnance.
969	DATE FIN MANQUE	La date fin manque.
991	TITRE INEXISTANT	Ce numéro titre n'existe pas pour cet assuré.
994	TARIF NON AUTORISÉ	Le tarif demandé ne fait pas parti du titre.
999	TITRE NON VALABLE	La date prestation n'est pas incluse dans les bornes de validité du titre de prise en charge. Ou Un APCM est requis et la date début se situe avant la date accord du contrôle médical.

**ANNEXE VII - FACTURE**

1) Identification du prestataire

4) Code prestataire : 70 0000 - 00

2) R.C. :

3) TVA : LU

5) Numéro d'identification :  
 Nom de la personne protégée  
 Prénom de la personne protégée

6) Nom Prénom

Rue  
 Pays Code postal Localité

7) Date accident : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

8) N° accident : \_\_\_\_\_

9) Code prescripteur : \_\_\_\_\_ - \_\_

10) Date ordonnance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

11) Date titre : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

12) FACTURE N°

13) DU \_\_/\_\_/\_\_\_\_

14) Prestation	15) Date début	16) Date fin	17) Nbr	18) Brut	19) Net	20) P. pers	21) Taux %	22) Lieu

23) Total :

--	--

24) Acompte à déduire :

25) Montant à payer :

26) Pour acquit, le

27) Cachet et signature

28) coordonnées bancaires

29) La loi modifiée du 3 août 2002 est appliquée (24)

- 1) Identification du prestataire : dénomination et coordonnées du Centre. Rue, pays, code postal, localité.
- 2) R.C. : numéro d'inscription au Registre de commerce et des sociétés
- 3) T.V.A. : numéro TVA attribué par l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines
- 4) Code prestataire : code du prestataire de soins de santé libellé sous 1)
- 5) Numéro d'identification unique (matricule), nom et prénom de la personne protégée (patient)
- 6) Nom, prénom, rue, pays, code postal et localité de la personne protégée, du représentant légal ou de l'organisme auquel la facture est adressée
- 7) Date accident : date de l'accident en relation avec l'Association d'assurance accident. A compléter uniquement si le numéro de l'accident n'est pas encore connu. Cette possibilité est limitée pour une durée maximale de trois mois. Pour toute prestation délivrée après ce délai (date prestation par rapport à la date accident) l'indication du numéro accident est obligatoire.
- 8) N° accident : numéro de l'accident en relation avec l'Association d'assurance accident
- 9) Code prescripteur : code prestataire du médecin traitant respectivement du médecin exerçant au Centre ayant prescrit les prestations
- 10) Date ordonnance : date d'établissement de l'ordonnance respectivement de la demande de prise en charge
- 11) Date titre : date d'établissement du titre de prise en charge
- 12) Facture : numéro (libre)
- 13) Du : date d'établissement de la facture
- 14) Prestation : code et désignation de la prestation d'après la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre
- 15) Date début : pour les prestations s'étalant sur une période date de la première prestation. Pour les prestations individuelles il y a lieu d'indiquer la date prestation
- 16) Date fin : pour les prestations s'étalant sur une période date de la dernière prestation
- 17) Nbr : indique le nombre de fois que la prestation a été exécutée
- 18) Brut : montant du tarif de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre
- 19) Net : montant du tarif de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre après déduction de la participation statutaire
- 20) P. pers. : montant de la participation personnelle à charge de la personne protégée
- 21) Taux % : taux de prise en charge des prestations tel que prévu dans les statuts de la CNS
- 22) Lieu : le lieu d'exécution de la prestation. Cette zone reste désespérée tant que les prestations sont exclusivement délivrées au siège du Centre
- 23) Total : somme des montants renseignés dans la colonne 18) respectivement 19)
- 24) Acompte à déduire : le montant de l'acompte ayant été demandé par le Centre
- 25) Montant à payer : montant à payer par la personne protégée :
  - en cas de paiement direct, c.-à-d. au cas où la personne protégée a fait l'avance complète des frais, ce montant est égal au total du montant brut diminué le cas échéant du montant de l'acompte
  - en cas d'application du système du tiers payant prévu à l'article 17 de la convention, le montant à payer est égal au total de la participation personnelle diminué le cas échéant du montant de l'acompte
- 26) Pour acquit, le : date du paiement de la facture
- 27) Cachet et signature : cachet et signature attestant le paiement ou l'établissement de la facture
- 28) Coordonnées bancaires : données du Centre
- 29) Citation de texte légal concernant la protection des données à caractère personnel. Les renseignements concernant la personne protégée, tels que recueillis par les présentes, feront l'objet d'un enregistrement informatique. L'usage en est exclusivement réservé, dans la limite de leurs attributions, au Centre thermal



et de Santé de Mondorf-les-Bains et à l'institution de sécurité sociale compétente. Ces données pourront être traitées, de façon totalement anonyme, à des fins de statistiques professionnelles. Conformément aux dispositions de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, la personne protégée peut obtenir communication des informations la concernant et, le cas échéant, en demander la modification pour raison légitime en adressant sa demande au Centre ou au chargé de la protection des données de la CNS, notamment via : [dataprotection.cnsecu.lu](mailto:dataprotection.cnsecu.lu).

Annexe VIII - Relevé des entrées et des sorties des curistes

Numéro d'identification unique de la personne protégée	Personne protégée		Séjour		Stationnaire	Interruption	Cure Code	Médecin Code prestataire	Remarques
	Nom et prénom de la personne protégée		Date début	Date fin					

## Annexe IX - Règles de comptabilité générale et analytique

### I. Comptabilité générale

Le plan comptable normalisé luxembourgeois, défini dans le règlement grand-ducal du 10 juin 2009 déterminant la teneur et la présentation d'un plan comptable normalisé, sera d'application.

### II. Comptabilité analytique

#### a) Cohérence entre la comptabilité générale et la cascade

La somme des frais directs des centres de frais auxiliaires et des entités fonctionnelles opposables et non opposables doit correspondre aux montants des comptes annuels révisés du Centre.

Les différences éventuelles entre le montant du compte de profits et pertes et celui repris dans la cascade sont documentées en détail dans un tableau joint à la cascade.

#### b) Centres de frais

Le Centre définit les centres de frais détaillés ci-dessous:

##### 1. Centres de frais auxiliaires:

Atelier  
Installation électrique  
Installation chauffage  
Installation télécommunication  
Bâtiment  
Administration  
Service Marketing  
Buanderie  
Nettoyage  
Récapitulatif CFA

##### 2. Entités fonctionnelles:

Cures thermales  
Cures DBC  
Actes chapitre 2 nomenclature  
Récapitulatif EF  
Non-opposables

## Annexe X – Dénomination et format des certificats d'interruption

### I. Structure de dénomination des fichiers

Les certificats d'interruption de cure envoyés à la CNS respecteront la structure des noms de fichier définies dans l'annexe II avec :

- La zone [type fichier] a la valeur suivante :

Type fichier	Désignation
CIC	Certificat d'interruption

- La zone [Numéro Layout] aura la valeur 001. Tout changement de format de fichier ou de zones à l'intérieur du fichier affectera obligatoirement le numéro de layout. Cette information sera mise à disposition par la CNS à chaque changement de layout.
- La zone [Référence] pour les certificats d'interruption se compose de :
  - o Le numéro du titre sur 7 positions
  - o puis par le caractère '\_'
  - o puis un numéro d'ordre sur 2 positions commençant par « 01 »
- Le numéro d'ordre sur 2 positions sera incrémenté si plusieurs certificats d'interruption de cure sont transmis pour le même numéro de titre de prise en charge.
- Si les certificats d'interruption de cure sont regroupés dans un fichier compressé, la structure de dénomination du fichier compressé sera la même que celle du certificat d'interruption en laissant la zone [Référence] vide.

### II. Format de compression des fichiers

Comme décrit à l'annexe II, le format de compression supporté pour les certificats d'interruption est le format zip (extension .ZIP).

### III. Spécification du format PDF des certificats d'interruption

- Le format PDF doit être de type PDF/A-1b (ISO ISO 19005-1 Level B) ;
- Si les PDF sont de type image (aucune fonte ou ressource inutile ne doit être embarquée dans le fichier) ;
- Les images doivent être compressées (CCITT G4 pour N&B ou JBIG2, JPEG pour 256 niveaux de gris) ;
- Le format de page PDF à fournir est A4 (exceptionnellement A5 ou A3), en portrait ou en paysage;
- De manière optionnelle, uniquement les tags d'information PDF suivants peuvent être renseignés (Author, PDF Producer et Application).

### IV. Spécification de la production des PDF

#### Cas des documents numérisés

#### Qualité de la numérisation :

- Les documents seront numérisés en 200dpi en noir et blanc;
- Les pages blanches ou inutiles (entêtes) seront supprimées ;

- Exceptionnellement certaines pages peuvent être scannées en 256 niveaux de gris (si l'original contient des photos).

Compression:

- Le générateur doit compresser les documents afin de garantir une lisibilité proche de l'image numérisée.
- En N&B : CCITT G4 garantissant une qualité identique au document numérisé ou JBIG2 ;
- En niveaux de gris : jpeg (avec qualité de compression jpeg d'environ 60%).

Contenu du fichier :

- Un fichier doit contenir un seul document : aucun retraitement du PDF ne sera effectué.

Taille des fichiers :

- Pour des documents numérisés en N&B, on arrive généralement à une taille d'image de 20-40Kb par page;
- Les pages contenant des photos peuvent être scannées en 256 niveaux de gris afin de garantir une lisibilité suffisante. Dans ce cas, le contenu du PDF doit être compressé afin de garantir une taille réduite (150 à 200Kb par page).

Contenu texte :

- Les contenus texte de type OCR plein texte sont acceptés dans la mesure où le texte est caché derrière le niveau image.

**V. Cas des documents produits électroniquement**

Dans le cas de documents produits électroniquement depuis une source texte, le rendu PDF fourni devra respecter les règles suivantes :

- Les zones de texte ne doivent pas être transformées en image (afin de minimiser la taille des documents);
- Les ressources graphiques de type tableau doivent être intégrées sous forme d'objets vectoriel et pas de bitmap;
- Sauf cas spécifiques (à discuter avec le CISS) les documents ne devront pas avoir de bookmark;
- Toutes les fontes utilisées devront être embarquées dans le PDF (exigé par PDF/A-1b);
- Aucune fonte non utilisée ne devra être embarquée dans le PDF.

