



Convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association nationale des diététiciens du Luxembourg, conclue en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

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

les parties soussignées, à savoir :

L'Association nationale des diététiciens du Luxembourg (ci-après « l'ANDL ») agissant comme groupement professionnel représentatif des diététiciens établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Claudine MERTENS et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé (ci-après « la CNS »), prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son conseil d'administration, Monsieur Christian OBERLE,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

Prestataires de soins

Art. 1^{er}.

La présente convention s'applique aux diététiciens, exerçant leur profession à titre libéral ou en tant que salarié

à condition

- que le diététicien dispose d'une autorisation d'exercer la profession de diététicien au Grand-Duché de Luxembourg établie par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, et
- que les prestations soient dispensées par le diététicien au Grand-Duché de Luxembourg pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie-maternité et l'assurance accident dans le cadre de la nomenclature des actes et services prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, et
- que les prestations soient susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie-maternité ou par l'assurance accident en vertu du Code de la sécurité sociale ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

En vertu de l'article 60 du Code de la sécurité sociale la présente convention ne s'applique pas aux diététiciens dispensant des prestations de diététique à des personnes protégées traitées dans un établissement hospitalier.

Attribution du code prestataire et déclaration d'une relation salariale

Art. 2.

1° Attribution d'un code individuel à un prestataire

Avant de dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité ou de l'assurance accident, le diététicien doit disposer d'un code prestataire individuel qui lui est accordé par la CNS. À cet effet, le diététicien transmet à la CNS le formulaire de demande de code, intitulé « Fiche de renseignements

sur l'établissement au Luxembourg » qui lui est mis à disposition par la CNS, dûment rempli, signé et accompagné des documents suivants :

- une copie de l'arrêté portant autorisation d'exercer la profession de diététicien au Luxembourg, établie par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;
- une copie d'une pièce d'identité officielle.

Le formulaire de demande de code comporte obligatoirement indication de l'adresse géographique exacte où le diététicien compte exercer son activité, ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, bancaires et son adresse courriel.

2° Attribution d'un code commun d'une association

Lorsque deux ou plusieurs diététiciens projettent de mettre en commun leurs honoraires et de s'installer à une même adresse géographique professionnelle, ils demandent au préalable à la CNS, l'attribution d'un code commun. À cette fin ils transmettent à la CNS le formulaire « Pratique de la profession de diététicien en association » en indiquant les noms, prénoms et code individuel de tous les prestataires qui feront partie de l'association, la relation bancaire et la date du début de l'activité de l'association ainsi que l'adresse géographique exacte où cette association compte établir son cabinet en vue d'y exercer son activité. Le formulaire doit être signé par tous les diététiciens qui font partie de l'association.

Lorsqu'un diététicien projette d'adhérer à une association déjà existante, celle-ci transmet à la CNS le formulaire de demande susmentionné en indiquant les données du nouveau membre et la date du début de son adhésion. La demande doit être signée par l'ensemble des diététiciens qui font déjà ou qui feront partie de l'association. La même procédure est appliquée lorsqu'un membre quitte l'association. Sans préjudice des formalités de transmission des informations conformément au présent alinéa, l'association choisit soit de garder le code commun, soit, en cas de changement au niveau de la composition d'une association, de se faire attribuer un nouveau code commun. Dans ce cas de figure, le code de l'ancienne association est désactivé.

3° Déclaration d'une relation salariale

Avant le début de l'activité, le diététicien salarié doit déclarer sa relation salariale avec chaque employeur conventionné auprès de la CNS.

Si l'employeur est lié à la CNS par une des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale, la déclaration précise le code prestataire valide de l'employeur, la date de début de la relation salariale et elle doit être signée par le diététicien salarié et par son employeur.

Les dispositions prévues au présent point s'appliquent de même lorsque le diététicien exerce sa profession dans le cadre d'un contrat d'entreprise.

En cas de cessation de la relation de travail, la CNS en doit être informée par écrit.

4° Dispositions générales

Une demande de code prestataire jugée incomplète par la CNS est rejetée. La date de début de validité d'un code prestataire ne peut être antérieure à la date de réception du dossier complet.

Le demandeur notifie à la CNS tout changement dans son statut professionnel pouvant impacter ses relations avec la CNS ou la prise en charge des prestations et ce dans les quinze (15) jours à partir de la date du changement.

Au cas où une des conditions prévues au présent article n'est plus remplie, la CNS procède de suite au retrait du code prestataire. La décision de retrait est notifiée par lettre recommandée au prestataire. La perte du code prestataire implique le refus de la prise en charge par une institution de sécurité sociale des prestations délivrées après la notification du retrait du code prestataire.

Le code prestataire doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 20 de la présente convention.

Liberté d'installation

Art. 3.

Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de diététicien au Grand-Duché de Luxembourg, la CNS reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente

convention le droit d'installer son adresse professionnelle librement dans tout le pays, sous réserve de ce qui suit :

Sans préjudice des formalités à accomplir en vertu de l'article 2 de la présente convention et de l'obligation d'exercer au sein d'un cabinet de diététique conforme à l'article 10 de la présente convention à chaque adresse géographique professionnelle, le diététicien peut exercer sa profession à titre individuel, en association ou en tant que salarié.

Est considérée comme une association libérale au sens de la présente convention un regroupement de diététiciens à la même adresse géographique professionnelle avec mise en commun obligatoire des honoraires.

L'installation du prestataire en association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de diététicien est régie par les règles déontologiques qui sont imposées aux prestataires par les lois et règlements régissant leur profession, à l'exception des dispositions relatives à la mise en compte et la prise en charge des actes par l'assurance maladie-maternité qui sont régies par la présente convention.

Personnes protégées

Art. 4.

La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la sécurité sociale par une des caisses énumérées à l'article 44 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle en vertu du livre deux du Code de la sécurité sociale.

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

Identification des personnes protégées

Art. 5.

La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation :

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

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro d'identification unique de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

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

Carte d'assuré

Art. 6.

L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution émettrice, contient les nom(s), prénom(s) ainsi que le numéro d'identification unique du titulaire.

Libre choix

Art. 7.

La CNS et le prestataire garantissent aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 8 ci-après.

Art. 8.

Le fait par la personne protégée de s'adresser à une association de diététiciens comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Le fait par un prestataire de soins de se faire remplacer temporairement n'est pas de nature à porter atteinte au libre choix du prestataire par la personne protégée.

Art. 9. (Abrogé)

Normes de qualité - infrastructure

Art. 10.

Les parties signataires de la convention s'accordent sur l'obligation des diététiciens d'exercer au sein d'un cabinet professionnel de diététique.

Ce cabinet de diététique est installé dans un local à usage exclusivement professionnel qui est distinct de tout local à usage commercial ou à usage d'habitation. Le diététicien doit veiller à une parfaite indépendance et une accessibilité permanente de son local professionnel, même aux heures de fermeture normale de l'enceinte dans laquelle il se trouve le cas échéant.

Le cabinet de diététique comporte obligatoirement au minimum une salle de consultation séparée, d'une surface adéquate permettant d'effectuer la prise en charge de la personne protégée dans de bonnes conditions d'isolement phonique et dans le respect du secret professionnel et de l'intimité de la personne protégée.

Les locaux sont équipés du matériel permettant de réaliser dans leur intégralité toutes les prestations correspondant aux prescriptions qui sont acceptées par le diététicien. L'équipement de base comporte au moins l'équipement suivant : pèse personne, toise, mètre ruban, tables de composition des aliments.

Les prestations doivent être délivrées conformément aux standards requis pour la pratique professionnelle. Les conditions dans lesquelles les prestations sont délivrées doivent permettre la réalisation des objectifs fixés par la prise en charge et garantir la sécurité du patient et du professionnel.

Un avis destiné aux personnes protégées doit être apposé à un endroit visible pour toute personne protégée et comporter :

- la photo de chaque collaborateur travaillant dans le cabinet avec l'indication de son nom et de sa fonction dans le cabinet ;
- par type de prestation :
 - les tarifs des prestations ;
 - les taux de prise en charge ;
 - les modalités de facturation des prestations ;
 - les indemnités prévues à l'article 31 de la présente convention, les modalités de leur mise en compte et les tarifs de ces indemnités.

Chaque collaborateur travaillant dans le cabinet doit être facilement identifiable par les personnes protégées, notamment en ce qui concerne sa qualification professionnelle.

Normes de qualité - prise en charge

Art. 11.

Les parties conviennent de s'engager dans une démarche qualité qui, au-delà des normes cabinet, vise les éléments suivants :

- Le dossier du patient

Le dossier du patient en diététique représente un support indispensable des informations pertinentes à la délivrance de prestations de bonne qualité. Il permet d'évaluer la qualité de la pratique professionnelle.

Tout diététicien doit instaurer pour chaque personne protégée un dossier et doit le tenir à jour.

Outre les renseignements socio-administratifs de la personne protégée, le dossier comporte :

1° Renseignements médicaux et cliniques

- nom du prescripteur et date de la prescription
- motif de la demande de prise en charge diététique
- diagnostic médical (principal et associé)
- autres pathologies en lien avec l'état nutritionnel
- paramètres biologiques en relation avec la demande de prise en charge diététique
- antécédents médicaux, chirurgicaux, nutritionnels en relation avec la prise en charge diététique
- traitements en cours, médicaments
- troubles de la mastication, de la déglutition
- troubles de la digestion
- allergies et intolérances alimentaires
- paramètres anthropométriques (poids, taille, IMC)
- score de dépistage de la dénutrition en relation avec la prise en charge diététique
- histoire du poids
- handicaps

2° Conditions de vie

- mode de vie : composition de la famille, entourage, vie sociale
- activités de la vie quotidienne et activités physiques
- profession

3° Attentes et motivations du patient

4° Bilans alimentaires et hydriques

- habitudes pour la préparation des repas
- nombre de repas par jour, lieux des repas, durée de la prise des repas
- ressentis lors de la prise alimentaire
- préférences alimentaires

5° Autres informations

6° Diagnostic diététique

7° Évaluation diététique

- conseils nutritionnels donnés à la personne protégée
- objectifs définies avec la personne protégée

8° Rapport diététique initial avec les données spécifiques, le diagnostic et les objectifs diététiques, les actions négociées avec la personne protégée, les projets thérapeutiques, les documents remis à celle-ci, les courriers ou contacts avec le prescripteur et les professionnels de santé

9° Rapport diététique final avec l'évolution des données spécifiques, l'évaluation des actions négociées avec la personne protégée, l'évolution des modifications de comportements alimentaires.

- Continuité de soins

À la demande de la personne protégée et dans la mesure du possible une série de prestations est délivrée par le même diététicien exécutant.

- Exclusivité de la prise en charge

Les prestations délivrées par le diététicien à charge de l'assurance maladie sont des prestations individuelles et personnalisées. Pendant une plage horaire déterminée le diététicien ne délivre ses prestations que sur une seule personne. Les traitements parallèles de plusieurs personnes et les traitements en groupe ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Délais d'attente

Art. 12.

Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de commencer la dispensation des soins dans le délai prévu par les statuts ou celui indiqué par le médecin, il en informe la personne protégée.

Déontologie professionnelle

Art. 13.

Dans ses relations avec les personnes protégées, le diététicien se conforme aux règles déontologiques qui lui sont imposées par les lois et règlements régissant sa profession, et par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Le secret professionnel s'impose à tout diététicien. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. Le cas échéant le diététicien instruit son personnel, leurs co-intervenants, sous-intervenants et sous-traitants de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Le diététicien s'interdit de mettre en compte de l'assurance maladie :

- des prestations de diététique dispensées dans le cadre de pathologies dont la prise en charge par l'assurance maladie n'est pas prévue ;
- des prestations de confort et de convenance personnelle de la personne protégée ;
- des prestations telles que des cours de cuisine, des consultations pour collectivités ;
- l'établissement de menus pour des crèches, écoles, restaurants, établissements hospitaliers, établissements d'aides et de soins ;
- des prestations diététiques qui ont pour finalité principale l'amélioration de la performance du sportif en dehors de toute finalité thérapeutique ;
- l'accompagnement aux courses.

En cas de traitement dispensé à charge de l'assurance maladie, le diététicien ne met pas en compte de supplément pour l'accompagnement du patient par une personne de son entourage, ni pour l'accompagnement familial lorsque le patient est un mineur.

Sans préjudice des règles déontologiques qui régissent sa profession, le diététicien placé sous le régime de la présente convention s'interdit toute publicité auprès du public. Toute mention dans une information au public relative à l'intervention de l'assurance maladie dans le financement des prestations est interdite.

Le diététicien s'interdit de procurer à la personne protégée ou d'inciter la personne protégée de se procurer des prescriptions de soins de diététique qui se situent en dehors du cadre fixé par l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

Il est interdit au diététicien de délivrer des prestations à charge de l'assurance maladie au sein de locaux à finalité commerciale partagés avec des personnes exerçant une activité commerciale. Il lui est interdit de collaborer à des actions commerciales destinées à la vente de produits ou d'appareils qu'il utilise. Le diététicien s'interdit de promouvoir ou de vendre des compléments nutritionnels.

Le diététicien s'interdit toute connivence expresse ou tacite avec des prestataires moyennant ou non contrepartie financière et dont l'effet est d'inciter à la prescription ou à la délivrance de prestations de soins de santé.

Les auto-traitements à charge de l'assurance maladie sont interdits.

Le diététicien respecte le principe de transparence quant aux conflits d'intérêts qui peuvent le lier à des acteurs du champ des produits de santé ou des industries agroalimentaires.

Sur demande le diététicien informe la CNS :

- des avantages en nature ou en espèces qui lui sont procurés directement ou indirectement par des personnes, établissements, fondations, entreprises, sociétés ou organismes produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou alimentaire destinés à l'Homme ;
- des sources financières et des montants provenant de tout autre financement direct ou indirect dont il bénéficie pour les mêmes prestations.

Toute fraude, abus de facturation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits.

Exercice par un diététicien de plusieurs professions de santé

Art. 14.

Lorsqu'un diététicien possède également le titre légal pour l'exercice d'une autre profession de santé et qu'il dispose d'un code prestataire au sens d'une des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale, il veille à séparer strictement les activités et lors de la délivrance des prestations à se conformer aux dispositions de la convention qui régit l'exercice de la profession concernée.

Information préalable de la personne protégée

Art. 15.

Avant la délivrance des prestations, le diététicien informe, la personne protégée sur le coût des prestations, le taux de prise en charge par l'assurance maladie, la part qui est à sa charge personnelle et les conditions et les modalités de prise en charge. En cas de litige la preuve que cette information a été fournie incombe au diététicien.

Respect de la nomenclature

Art. 16.

Le diététicien est tenu de respecter la nomenclature des actes et services professionnels et s'interdit de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des soins qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Le diététicien peut procéder à la dispensation de prestations de soins auxquelles il est autorisé par la législation réglant ses attributions professionnelles et qui ne sont pas à charge de l'assurance maladie, toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive par le prestataire à la non-opposabilité à l'assurance maladie, les aura expressément demandées. Dans ce cas, le diététicien informe la personne

protégée avant le commencement du traitement, sur le montant des honoraires et le fait qu'ils sont à sa charge personnelle.

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

Formation continue

Art. 17.

Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie légale et réglementaire, le diététicien lié par la présente convention souscrit à l'entretien continu de ses connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Le diététicien est obligé de connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et d'entretenir cette connaissance.

Protection des données à caractère personnel

Art. 18.

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

Transmission et circulation des données

Art. 19.

Les parties s'accordent sur la généralisation de la dématérialisation des documents et des flux de transmission et conviennent d'organiser la gestion, la transmission et la conservation des documents prévus dans le cadre de la présente convention de façon exclusivement numérique et électronique. La transmission sur support papier de documents entre les parties signataires de la présente convention est limitée aux documents pour lesquels la présente convention prévoit expressément la transmission sur support papier, aux situations découlant d'incidents techniques ou aux cas où la personne protégée a fait l'avance des frais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modalités techniques

Art. 20.

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

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

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

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

Le cahier des charges contient les spécifications techniques et les formats des fichiers à utiliser dans le cadre de la présente convention.

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

Conformité des prestations aux ordonnances médicales

Art. 21.

Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations délivrées par le diététicien dans le cadre de la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale originale préalable.

Les prestations de diététique à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions figurant sur l'ordonnance médicale et qui ont réellement été prestées par le diététicien.

L'intervalle entre les différentes prestations doit correspondre au mieux à l'état de santé de la personne protégée et à l'objectif thérapeutique.

En cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le diététicien au moment de la délivrance des prestations, celui-ci, avec l'accord de la personne protégée, demande au médecin prescripteur ou à celui qui le remplace une nouvelle ordonnance.

Lorsque le médecin prescripteur accepte la modification proposée de l'ordonnance, il procède conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue avec le corps médical, et le diététicien délivre le traitement conformément à la nouvelle ordonnance. La nouvelle ordonnance remplace intégralement l'ordonnance initiale qui est invalidée par le diététicien conformément à l'article 24 de la présente convention.

La nouvelle ordonnance est transmise à la CNS conformément aux modalités prévues ci-dessous, afin qu'un nouveau titre de prise en charge soit délivré.

À l'issue de la consultation de suivi finale, le diététicien rédige un rapport diététique final qu'il transmet au médecin prescripteur. Il en est de même en cas d'interruption anticipée du traitement. Le rapport diététique final consigne l'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs diététiques, les actions négociées avec la personne protégée, l'évolution du comportement alimentaire.

Sur demande de la personne protégée une copie du rapport diététique final lui est remise, sans qu'une contribution financière ne soit demandée pour ce service.

Procédure de validation des ordonnances de diététique

Art. 22.

Avant la délivrance des prestations à charge de l'assurance maladie le diététicien vérifie la conformité de l'ordonnance par rapport au modèle standardisé convenu entre la CNS et le corps médical.

Sans préjudice des autres dispositions conventionnelles ou statutaires devant figurer obligatoirement sur une ordonnance de diététique, l'ordonnance doit renseigner la ou les pathologies dont est atteinte la personne protégée et qui est à la base de la prescription diététique.

En cas de prescription incomplète, périmée ou non conforme aux dispositions statutaires ou conventionnelles conclues avec le groupement représentatif des médecins, le diététicien informe la personne protégée de l'inopposabilité du traitement à l'assurance maladie. Le cas échéant, la charge de la preuve que cette information a été donnée appartient au diététicien.

Le diététicien saisit les informations figurant sur l'ordonnance et les enregistre dans un logiciel dont les modalités techniques sont prévues dans le cahier des charges visé à l'article 20 de la présente convention. Le diététicien enregistre notamment :

- le prénom, le nom et le numéro d'identification de la personne protégée ;
- le cas échéant la date accident ou le numéro accident ;
- le code du médecin prescripteur ;
- le ou les codes de la nomenclature se rapportant aux prestations prescrites ;
- le nombre de séances prescrites (par type de prestations) ;
- le code de la ou des pathologies indiquée(s) par le médecin prescripteur et qui sont à la base de la prescription du traitement diététique ;
- la date d'établissement de l'ordonnance ;
- la date d'envoi des données.

Le diététicien enregistre l'ordonnance sous forme d'image numérisée. L'enregistrement des données saisies avec les images numérisées des ordonnances correspondantes est transmis à la CNS dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date de l'établissement de l'ordonnance. Les modalités techniques de l'enregistrement des données de l'ordonnance, de l'image numérisée et de la transmission à la CNS figurent dans le cahier des charges prévu à l'article 20 de la présente convention.

La CNS vérifie les données transmises par le diététicien et en cas de validation transmet par voie électronique et dans un délai d'un (1) jour ouvrable le titre de prise en charge au diététicien conformément au cahier des charges. Le titre comporte notamment les informations suivantes :

- la date de son établissement par la CNS ;
- le numéro du titre de prise en charge ;
- les prestations prises en charge ;
- le nombre de séances prises en charge ;
- le délai de validité du titre de prise en charge ;
- le taux de prise en charge.

Lorsqu'après vérification des données lui transmises, la CNS n'est pas en mesure de procéder à l'émission d'un titre de prise en charge conformément à l'alinéa précédent, elle transmet dans le délai d'un (1) jour ouvrable une information y relative au diététicien. Cette information comporte les motifs de la non-validation. Le cas échéant, le diététicien informe la personne protégée qu'elle est en droit de demander à la CNS une décision susceptible de recours.

Lorsque la personne protégée présente au diététicien une ordonnance de diététique et le titre de prise en charge de la CNS correspondant, le diététicien est dispensé de la procédure d'enregistrement prévue au présent article.

Lorsque la personne protégée présente au diététicien une ordonnance de diététique partiellement invalidée, le diététicien lui demande une copie du titre de prise en charge correspondant.

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

Détention et propriété de l'ordonnance de diététique

Art. 23.

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

Le diététicien exige l'original de l'ordonnance de diététique avant le début des prestations et a le droit de la conserver durant toute la durée du traitement. Au cours du traitement la personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance originale partiellement invalidée contre paiement de la part personnelle des prestations effectivement délivrées.

Tant qu'il en est le détenteur, le prestataire a la responsabilité de la garde de l'ordonnance.

À la fin du traitement le diététicien remet l'ordonnance de diététique originale invalidée à la personne protégée contre paiement de la part personnelle.

Invalidation des ordonnances de diététique

Art. 24.

Après la délivrance de la dernière prestation d'une ordonnance de diététique le diététicien invalide l'ordonnance par l'apposition de la mention « PRESTATIONS DÉLIVRÉES » ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites, le diététicien indique sur l'ordonnance originale le nombre de prestations accomplies et la date d'apposition.

Lorsqu'une ordonnance de diététique est remplacée par le médecin prescripteur conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue avec le corps médical et l'article 21 de la présente convention, le diététicien invalide l'ordonnance originale initiale par l'apposition de la mention « ORDONNANCE ANNULÉE ET REMPLACÉE PAR ORDONNANCE du ... ».

Péremption des ordonnances de diététique

Art. 25.

La durée de validité des ordonnances de diététique est régie par les dispositions de l'article 22 de la présente convention et des statuts de la CNS.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

Mémoires d'honoraires

Art. 26.

À la fin du traitement respectivement chaque fois que la personne protégée est invitée à payer sa part personnelle pour les séances échues et indépendamment du mode de paiement le diététicien remet à la personne protégée un mémoire d'honoraires comprenant les honoraires facturés conformément aux

dispositions prévues à la présente convention et au niveau du cahier des charges. Le diététicien remet à la personne protégée une copie du titre de prise en charge

- lorsque toutes les prestations prescrites sur l'ordonnance n'ont pas été délivrées ;
- lorsque le titre de prise en charge a été remis au diététicien par la personne protégée ;
- sur demande de la personne protégée.

Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues au cahier des charges visé à l'article 20 doivent reproduire toutes les indications correspondant aux actes délivrés personnellement par le diététicien et facturés sur le mémoire d'honoraires.

Sans préjudice des dispositions obligatoires du mémoire d'honoraires telles qu'elles résultent de la présente convention et du cahier des charges, le mémoire d'honoraires doit préciser :

- le numéro d'identification de la personne protégée ;
- la date et le numéro d'accident ;
- les prestations d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes et services des diététiciens ;
- par prestation, le lieu où elle a été délivrée selon les modalités déterminées dans le cahier des charges ;
- la date de chaque prestation ;
- pour chaque acte, le code exécutant du diététicien ayant délivré la prestation ;
- le code de l'association au sein de laquelle la prestation a été délivrée, si le diététicien exécutant fait partie d'une association au sens de l'article 2 de la présente convention ;
- le compte bancaire ou postal ;
- le code prestataire du médecin prescripteur ;
- la date d'établissement de l'ordonnance médicale ;
- le numéro du titre de prise en charge ;
- le taux de prise en charge ;
- le cas échéant, les indemnités d'après le code officiel qui leur est attribué à l'article 31 de la présente convention.

Lorsque le diététicien réalise des actes ou des prestations qui ne sont pas remboursables par l'assurance maladie il n'établit pas de mémoire d'honoraires conformément à la présente convention.

En cas de paiement immédiat par la personne protégée le diététicien en donne acquit daté sur le mémoire d'honoraires par sa signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé et, le cas échéant, l'apposition du cachet du diététicien.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

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

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

Mode de paiement des prestations

Art. 27.

D'une manière générale, les honoraires pour les prestations de diététique délivrées sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les prestations prévues dans la nomenclature des actes et services des diététiciens, sont prises en charge directement par la CNS par le système du tiers payant dans les cas suivants :

1. à la demande de la personne protégée, sauf quand la personne protégée a personnellement demandé son titre de prise en charge auprès de la CNS ;
2. les prestations délivrées aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'Association d'assurance accident.

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

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

Art. 28.

Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire transmet à la CNS ses mémoires d'honoraires sous forme d'un fichier de facturation qui vaut relevé de mémoires d'honoraires. Les modalités d'établissement et de transmission à la CNS du fichier de facturation sont prévues dans le cahier des charges.

Parallèlement le diététicien remet à la personne protégée le mémoire d'honoraires tel que prévu à l'article 26, l'ordonnance originale invalidée et, le cas échéant, le titre de prise en charge.

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

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

Le cahier des charges décrit la forme et le contenu obligatoire du fichier de facturation et les modalités de sa transmission à la CNS.

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

Au plus tard trente (30) jours après la date prévue à l'alinéa précédent la CNS procède au paiement des prestations non contestées. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal du diététicien ou le cas échéant de l'association.

Dans le cadre du paiement, la CNS émet le fichier de facturation de retour renseignant le montant qui sera pris en charge par l'assurance maladie. Le cahier des charges décrit également le contenu et la forme obligatoires du fichier de facturation de retour.

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

Contestation des mémoires d'honoraires

Art. 29.

Les mémoires d'honoraires contestés par la CNS avec l'indication des motifs de contestation sont retournés au diététicien dans les formes et selon les modalités déterminées par le cahier des charges.

Le paiement des montants des prestations contestées est provisoirement suspendu. Lorsque la contestation est susceptible d'impacter le paiement de l'ensemble des prestations résultant de l'exécution d'une même

ordonnance, la suspension provisoire peut affecter toutes les prestations du mémoire d'honoraires issu de l'exécution de l'ordonnance de diététique.

Les mémoires d'honoraires retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale. La reproduction des mémoires d'honoraires après contestation se fait selon les conditions et les modalités prévues pour la facturation initiale.

En cas de maintien d'une contestation empêchant la prise en charge de la ou des prestations, la CNS constate un litige au sens de l'article 47 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale et procède à l'émission d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est transmise au diététicien sur support papier.

Au moment de l'émission d'une décision susceptible de recours conformément à l'alinéa précédent, la suspension de paiement prévue au présent article est levée pour les prestations du mémoire d'honoraires qui ne sont pas visées par la décision prévue à l'alinéa précédent.

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

Au moment de la facturation à la personne protégée de prestations ayant été refusées dans le cadre de la procédure du tiers payant, le diététicien informe la personne protégée tant du refus de la prise en charge par la CNS que du motif de refus.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 30.

Le paiement effectué conformément à l'article 28 est libératoire au sens des dispositions prévues si la CNS établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du délai de paiement visé à l'article 28 de la présente convention.

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

Les intérêts sont calculés sur le montant des prestations non contestées figurant dans le fichier de facturation de retour visé à l'article 28 et prennent cours le premier jour qui suit la date à laquelle le diététicien aurait dû pouvoir disposer des fonds de la CNS.

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 31.

Les indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires ne peuvent être mises en compte que si le prestataire a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre dans les cas visés ci-dessous et que la personne protégée ait donné expressément son accord. En cas de litige la charge de la preuve de l'information par le diététicien et de l'accord de la personne protégée incombe au diététicien.

Constitue une convenance personnelle de la personne protégée conférant au prestataire le droit à la perception d'un supplément d'honoraires :

- 1) Le fait que la personne protégée n'ait pas décommandé son rendez-vous 24 heures à l'avance, ou que la personne arrive avec un retard d'au moins 15 minutes.

L'indemnité ne peut dépasser celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué. Elle est facturée sous le code **DCP1**.

- 2) Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis avant 8.00 heures ou après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité ne peut

dépasser 50 % du coefficient du ou des actes de la nomenclature des actes et services des diététiciens qui sont prestés au cours de ce rendez-vous. Elle est facturée sous le code **DCP2**.

Les indemnités prévues ci-dessus ne sont pas à charge de l'assurance maladie. Elles sont facturées avec les prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Les quittances doivent indiquer le montant réclamé au titre de convenance personnelle. Cette mention doit être libellée de façon claire pour prévenir des remboursements indus de la part de l'assurance maladie.

Échange d'informations

Art. 32.

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

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

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

Art. 33.

Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de la CNS dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du Code de la sécurité sociale.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 34.

Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué :

- lorsque la personne protégée a demandé elle-même un titre de prise en charge à la CNS ;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le prestataire.

Révision des tarifs

Art. 35.

Sauf disposition légale contraire, la lettre-clé des actes et services professionnels prévus par la nomenclature des actes et services des diététiciens est revalorisée d'après les conditions et les modalités prévues dans le Code de la sécurité sociale.

La revalorisation de la lettre-clé est arrêtée sous forme d'un protocole d'accord accompagné d'un tableau portant le tarif arrondi individuel de chaque acte. Le protocole d'accord et le tableau des tarifs sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties signataires et publiés au Mémorial à l'initiative de la CNS.

Relevé récapitulatif

Art. 36.

Un relevé récapitulatif annuel des prestations ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie entre le premier janvier et le 31 décembre de chaque année est mis à la disposition de chaque prestataire sur demande.

Non-respect des dispositions juridiques

Art. 37.

Sans préjudice d'autres actions prévues par les lois et règlements, la CNS a le droit de saisir la Commission de surveillance conformément aux articles 72 et suivants du Code de la sécurité sociale lorsqu'un diététicien ne respecte pas les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Intervention forfaitaire annuelle

Art. 38.

La CNS accorde un forfait annuel pour frais informatiques à chaque cabinet de diététicien qui participe à la démarche de dématérialisation et d'échange électronique des documents. Le paiement du forfait se fait selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous.

Le paiement du forfait doit être demandé par un diététicien sur base du formulaire spécial prévu au cahier des charges visé à l'article 20 de la présente convention et ce au plus tard le 31 mars de l'année qui suit la fin de la période de référence déterminée conformément à l'alinéa suivant.

Le droit au paiement du forfait est conditionné par une activité au sein du cabinet de diététique d'au moins cent (100) ordonnances comportant des prestations opposables à l'assurance maladie et effectuées au cours d'une période de référence continue de trois-cent-soixante-cinq (365) jours prenant fin le 31 décembre de l'année qui précède la date de demande prévue à l'alinéa précédent.

Le forfait s'élève à 1.600 euros par cabinet.

Dans le cas d'un cabinet de diététicien démarrant ou arrêtant son activité en cours de la période de référence, le seuil du nombre de prestations et le montant du forfait sont proratisés.

Si plusieurs demandes de forfaits sont présentées par des cabinets situés à la même adresse postale, la CNS se réserve le droit de demander des pièces justificatives attestant qu'il s'agit effectivement de cabinets distincts supportant des frais informatiques séparés et indépendants.

Le forfait pour frais informatiques est liquidé par la CNS au mois de juin de l'année qui suit l'année de référence.

Mise en vigueur de la convention

Art. 39.

Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019 et s'applique pour toute prestation délivrée après le 1^{er} janvier 2019, sous réserve de ce qui est prévu à l'article 40 de la présente convention.

Dispositions transitoires

Art. 40.

1° Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, notamment en matière de prescriptions des prestations de diététique, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur.

2° Par dérogation à l'article 38 alinéas 2 et 3, le forfait annuel pour frais informatiques pour 2019 est accordé sur demande en 2019 à tout cabinet de diététique qui participe à la démarche de dématérialisation et d'échange électronique des documents et qui à la date de la demande renseigne une activité de diététique d'au moins dix (10) ordonnances comportant des prestations opposables à l'assurance maladie.

Pour 2020, le forfait annuel pour frais informatiques est accordé sur demande à faire conformément à l'article 38, à tout cabinet de diététique qui à la date de demande renseigne une activité de diététique d'au moins cinquante (50) ordonnances comportant des prestations opposables à l'assurance maladie.

3° Les deux premières années suivant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, le montant du forfait annuel pour frais informatiques prévu à l'article 38 est majoré de 50 %.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé la présente convention.

Fait à Luxembourg, le 14 novembre 2018 en deux exemplaires.

*Pour l'Association nationale des diététiciens
du Luxembourg,
La présidente,
Claudine Mertens*

*Pour la Caisse nationale de santé,
Le président,
Christian Oberlé*

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les diététiciens, 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 20 de la convention du 14 novembre 2018 conclue entre l'Association nationale des diététiciens du Luxembourg et la Caisse nationale de santé.

Vu les articles 61 à 70 du Code de la sécurité sociale,
vu l'article 20 de la convention du 14 novembre 2018 (nommée par la suite « la convention »),
les parties soussignées, à savoir :

L'Association nationale des diététiciens du Luxembourg, ci-après nommée « ANDL », agissant au titre de groupement professionnel représentatif des diététiciens, ci-après nommés « prestataires », établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Claudine Mertens, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale.

d'une part,

et la Caisse nationale de santé, ci-après nommée « CNS », prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son conseil d'administration, Monsieur Christian OBERLE,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

I. Généralités

Inventaire des annexes

Art. 1.

Les documents visés par le présent cahier des charges sont les suivants :

- Formats et standards techniques à utiliser (Annexe 01)
- Titre de prise en charge (Annexe 02)
- Lettre de refus de prise en charge (Annexe 03)
- Mémoire d'honoraires (Annexe 04)
- Formulaire de demande pour le forfait annuel pour frais informatiques (Annexe 05)
- Catégories de lieu de prestation (Annexe 06)
- Bilan nutritionnel initial (Annexe 07)
- Bilan nutritionnel final (Annexe 08)

Remarque explicative : Toutes les formules visées par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre les personnes protégées, les prestataires, le Contrôle médical de la sécurité sociale, les caisses de maladie, la Caisse nationale de santé et l'Association d'assurance contre les accidents.

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 à un réseau ou une plateforme d'échange déterminé par la CNS est nécessaire. La technologie à utiliser est définie dans l'annexe 01.

Art. 3.

Le prestataire 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 prestataire 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.

Dénomination et structure des fichiers**Art. 5.**

La dénomination des fichiers prévus par la convention et le présent cahier des charges est prévue dans l'annexe 01 pour les fichiers d'autorisation et de facturation.

Art. 6.

Lors de la transmission par voie électronique des documents, le prestataire s'engage à respecter les libellés et le contenu des différentes zones définies dans les fichiers d'échange électroniques tels que prévus par les modèles d'échanges mis à disposition par la CNS.

Notification du dépôt d'un fichier**Art. 7.**

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

Conservation des preuves numériques**Art. 8.**

Dans le cadre de la transmission électronique des fichiers d'autorisation, de facturation et des ordonnances numérisées, les pièces justificatives numériques sont intégrées et sauvegardées dans les archives électroniques du prestataire 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.

Fichiers de référence**Art. 9.**

La CNS met à disposition des prestataires les fichiers de référence requis pour les échanges liés aux autorisations et à la facturation. La mise à disposition de ces fichiers se fait par publication sur Internet et envoi électronique sur demande.

Les fichiers de référence, énumérés dans l'annexe 01 du présent cahier des charges, définissent les standards techniques applicables, ainsi que les modèles des fichiers d'échanges à respecter dans le cadre de l'échange de données électroniques.

En cas de mise à jour des fichiers de référence, la CNS s'engage à en informer les prestataires dans les meilleurs délais. Les prestataires disposent ensuite d'un délai de 3 mois pour s'y conformer.

III. Processus de transmission des données

1. Demande d'autorisation

Entrée des données à la CNS

Art. 10.

Le fichier d'autorisation est en format prévu dans l'annexe 01 et respecte les modèles des fichiers d'échanges mis à disposition par la CNS. La structure du fichier et les données à intégrer sont expliquées dans un descriptif détaillé mis à disposition par la CNS.

Toute évolution technique de la structure du fichier et toute mise à jour des données à intégrer sont signalées aux prestataires au moyen d'une mise à jour des fichiers de référence, conformément à l'article 9 du présent cahier des charges.

Art. 11.

Les demandes d'autorisation sont obligatoirement accompagnées par les ordonnances y associées, numérisées au format prévu dans l'annexe 01 et intégrées dans un fichier d'archivage conformément à l'annexe 01.

Art. 12.

La demande d'autorisation prévue à la convention est transmise par voie électronique tel que défini aux articles 2 à 8 du présent cahier des charges.

Retour des données au prestataire

Art. 13.

Après traitement du dossier de demande d'autorisation, la CNS communique sa décision par voie électronique au prestataire demandeur sous le format prévu dans l'annexe 01.

- En cas d'accord, cette communication de la décision sous forme numérique est à considérer comme l'émission d'un titre de prise en charge.
- En cas de refus, le motif sera communiqué sous forme d'un code anomalie complété par un texte explicatif.

Il incombe au prestataire d'informer la personne protégée de la décision qui lui a été communiquée par la CNS.

Sur demande de la personne protégée, le prestataire matérialise le titre de prise en charge, respectivement une lettre de refus, en imprimant une version papier sur base des données émanant de la CNS. Ce document doit correspondre exactement au modèle prévu aux annexes 02 et 03 du présent cahier des charges. Le prestataire est responsable de l'exactitude des données qui figurent sur le titre de prise en charge, respectivement sur la lettre de refus.

Le titre de prise en charge est défini par un identifiant unique permettant de l'identifier lors de la facturation.

2. Facturation

Contenu du mémoire d'honoraires

Art. 14.

Indépendamment du support sur lequel il est présenté, le mémoire d'honoraires comporte obligatoirement les données figurant sur le modèle prévu à l'annexe 04 du présent cahier des charges.

Art. 15.

Dans le cadre d'une matérialisation d'un mémoire d'honoraires, il est établi conformément au modèle prévu à l'annexe 04 du présent cahier des charges.

Définition des fichiers entrants et sortants**Art. 16.**

Le fichier de facturation est en format prévu dans l'annexe 01 et respecte les modèles des fichiers d'échanges mis à disposition par la CNS. La structure du fichier et les données à intégrer sont expliquées dans un descriptif détaillé mis à disposition par la CNS.

Toute évolution technique de la structure du fichier et toute mise à jour des données à intégrer sont signalées aux prestataires au moyen d'une mise à jour des fichiers de référence, conformément à l'article 9 du présent cahier des charges.

Entrée des données à la CNS**Art. 17.**

Le fichier de facturation prévu à la convention est transmis par voie électronique tel que défini aux articles 2 à 8 du présent cahier des charges.

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

Art.18.

Chaque facturier ne peut introduire qu'un seul fichier de facturation par mois de calendrier à la CNS.

Retour des données au prestataire**Art. 19.**

La CNS envoie par voie électronique une information de dépôt des fichiers sur le serveur lorsque les données entrées sur le fichier de facturation sont exploitables et conformes aux modèles des fichiers d'échanges mis à disposition par la CNS. Dans le cas contraire, est retournée une information indiquant les motifs de non-traitement.

Art. 20.

L'information de dépôt sert comme accusé de réception et renseigne expressément la date qui sert de point de départ au calcul du délai de paiement prévu à l'article 30 de la convention.

Art. 21.

Après vérification des données, la CNS dépose le fichier électronique de retour du décompte mensuel de facturation sur le serveur. Conformément aux modèles des fichiers d'échanges mis à disposition par la CNS, ce fichier indique le montant pris en charge et, le cas échéant, les motifs de contestation sous forme de codes anomalies avec leurs libellés respectifs.

IV. Processus de transmission des données**Art. 22.**

Pour les documents suivants prévus par la convention, le format et le contenu définis dans les annexes respectives du présent cahier des charges sont à respecter :

- Titre de prise en charge (Annexe 02)
- Lettre de refus de prise en charge (Annexe 03)
- Mémoire d'honoraires (Annexe 04)
- Formulaire de demande pour le forfait annuel pour frais informatiques (Annexe 05)
- Bilan nutritionnel initial (Annexe 07)
- Bilan nutritionnel final (Annexe 08)

Fait à Luxembourg, le 14 novembre 2018 en deux exemplaires.

*Pour l'Association nationale des diététiciens
du Luxembourg,
La présidente,*
Claudine Mertens

*Pour la Caisse nationale de santé,
Le président,*
Christian Oberlé

Annexe 01 : Formats et standards techniques à utiliser

I. Références

En fonction du développement technologique et des standards applicables, les technologies choisies pour la transmission des données par voie électronique peuvent varier. Pour cette raison, les spécificités techniques des outils à utiliser sont regroupées dans la présente annexe qui est susceptible d'évoluer au fil du temps.

Champs d'application	Technologie	Remarque
Réseau auquel/plateforme à laquelle le prestataire doit se connecter	Healthnet	
Sécurisation de la connexion au réseau	Par authentification forte	L'accès au fichier FTP se fait ensuite par accès utilisateur et mot de passe fournis par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS)
Transfert des données relatives aux demandes d'autorisation du prestataire à la CNS	Fichier au format XML	Description du fichier DEMAUT, modèle au format XSD et fichier-exemple au format XML mis à disposition par la CNS
Transfert des données relatives aux retours aux demandes d'autorisation de la CNS au prestataire	Fichier au format XML	Description du fichier RETAUT, modèle au format XSD et fichier-exemple en format XML mis à disposition par la CNS
Transfert des données relatives aux relevés de facturation du prestataire à la CNS	Fichier au format XML	Description du fichier FAC, modèle au format XSD et fichier-exemple au format XML mis à disposition par la CNS
Transfert des données relatives aux retours aux relevés de facturation de la CNS au prestataire	Fichier au format XML	Description du fichier RETFAC, modèle au format XSD et fichier-exemple mis à disposition par la CNS
Format des images numériques des ordonnances	PDF	Les fichiers PDF doivent respecter les spécifications générales des fichiers PDF acceptés par le Centre informatique de la Sécurité Sociale (CISS). Une spécification est mise à disposition par la CNS.
Format de compression des fichiers / Utilisation de fichier d'archivage	Format zip (extension .ZIP)	Si plusieurs fichiers sont à échanger simultanément, ils doivent être intégrés dans un fichier ZIP. Ceci est notamment le cas pour les demandes d'autorisation composées d'un fichier XML et d'une ordonnance au format PDF.

II. Listes des fichiers de référence mis à disposition des prestataires par la CNS

Les fichiers de références suivants sont mis à disposition par la CNS selon les dispositions prévues dans l'article 9 du cahier des charges :

- Le modèle au format XSD du fichier DEMAUT
- Le modèle au format XSD du fichier RETAUT
- Le modèle au format XSD du fichier FAC
- Le modèle au format XSD du fichier RETFAC
- Le descriptif détaillé du modèle XSD du fichier DEMAUT
- Le descriptif détaillé du modèle XSD du fichier RETAUT
- Le descriptif détaillé du modèle XSD du fichier FAC
- Le descriptif détaillé du modèle XSD du fichier RETFAC
- Un exemple-type d'un fichier XML DEMAUT

- Un exemple-type d'un fichier XML RETAUT
- Un exemple-type d'un fichier XML FAC
- Un exemple-type d'un fichier XML RETFAC
- Les spécifications générales des fichiers PDF acceptés par le Centre informatique de la Sécurité Sociale (CISS)

III. Dénomination pour tous les fichiers

Les dénominations de tous les fichiers échangés respectent le format suivant :

[F][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type fichier]_[Numéro layout]_[Date envoi]_[Référence prestataire].[Extension du fichier]

Les dénominations sont composées par les champs suivants :

Champs	Description	Format
F	Valeur « F » - identification d'un fichier dans le cadre de l'assurance maladie	CHAR(1)
Code prestataire	Code prestataire du facturier à 8 positions	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Envoi	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal : Valeur « DIE » dans le cadre de cette convention	CHAR(3)
Type fichier	Identifiant du type de fichier : DEMAUT, RETAUT, FAC ou RETFAC	CHAR(6)
Numéro layout	Numéro du layout du fichier : 001 (puis, en cas de changement futur 002, 003,...)	CHAR(2)
Date envoi	Sur 8 positions numériques	CHAR(8)
Référence prestataire	Référence unique du prestataires qui identifie et garantit son unicité (CHAR(20))	CHAR(20)
Extension du fichier	Suffixe de nom de fichier pour identifier son format : XML, PDF, ZIP...	CHAR(3)

Annexe 02 : Titre de prise en charge

Titre de prise en charge de diététique de référence :
DIE2018XXXXXXXXXXXX

En application des articles X à X des statuts, la Caisse nationale de santé certifie prendre en charge les soins de diététique prescrits sur l'ordonnance du *<date établissement ordonnance>*, pour la personne protégée ayant le matricule *<Matricule à 13 positions>* dans les conditions suivantes :

Code acte	Libellé	Nbre. de séances	Taux
<i><ZDXX></i>	<i><Libellé de l'acte selon nomenclature></i>	<i><X></i>	<i><XX %></i>
<i><ZDXX></i>	<i><Libellé de l'acte selon nomenclature></i>	<i><X></i>	<i><XX %></i>

La fin du traitement ne peut dépasser la date du *<date fin validité>*.

Remarques :

- L'autorisation qui est à la base de ce titre de prise en charge a été établie sur demande du prestataire *<code prestataire demandeur>*. Conformément à l'article 27 de la convention entre la CNS et l'Association nationale des diététiciens du Luxembourg, la prise en charge directe par la CNS est exclue si la personne protégée a personnellement demandé son titre de prise en charge auprès de la CNS.
- Information pour les personnes protégées frontaliers : Ce titre de prise en charge est uniquement valable si le traitement autorisé est effectué par un prestataire établi sur le territoire luxembourgeois ou dans un pays de l'espace économique européen autre que le pays de résidence de la personne protégée.
- Ce document a été généré par un cabinet de diététique sur base des données reçues de la part de la CNS dans le cadre du processus d'autorisation numérisée. Ce prestataire est responsable de l'exactitude des informations présentées.

Annexe 03 : Lettre de refusRefus de prise en charge de soins de diététique de référence
<numéro de référence de la demande>

Une ordonnance de diététique établie le <date établissement de l'ordonnance> pour la personne protégée ayant le matricule <Matricule à 13 positions> a été présentée à la Caisse nationale de santé (CNS) pour demander une prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance accident.

Une prise en charge du traitement demandé ne peut être effectuée pour la (les) raison(s) suivante(s) :

<Code acte > - <Code anomalie > - <Libellé court de l'anomalie >

<Code acte > - <Code anomalie > - <Libellé court de l'anomalie >

<Code acte > - <Code anomalie > - <Libellé court de l'anomalie >

<Code acte > - <Code anomalie > - <Libellé court de l'anomalie >

En cas de désaccord avec la présente, il vous est loisible de solliciter par écrit, dans les meilleurs délais, une décision susceptible de recours auprès de la CNS.

Refus émis par la CNS en date du : <date retour organisme>

Remarques : Si la cause du refus consiste dans une indication manquante ou erronée sur l'ordonnance, il est important de noter que tout amendement de l'ordonnance (correction, ajout d'informations manquantes) doit être apporté par le médecin prescripteur ou celui qui le remplace et confirmé par sa signature et son cachet.

Annexe 04 : Mémoire d'honoraires

1) Identification du prestataire de soins de santé				2) Code du prestataire de soins de santé 36 0000 - 00			
3) Matricule Nom Prénom du patient		4) Nom Prénom Numéro Rue Pays Code postal Localité					
5) Date accident		6) N° accident					
7) Mémoire d'honoraires N° 0000000000000 8) du 00 00 0000							
9) N° titre (DIEAAAAMMJJXXXXX)	10) Prestation	11) Date	12) Brut	13) Net	14) Part. pers.	15) Exécutant	16) Lieu
17) Total :							

18) Paiement direct

19) Tiers payant

20) Montant pris en charge par la personne protégée :

21) Pour acquit, le

22) Signature et cachet

23) Coordonnées bancaires (données de la case 1)
--

La loi du 1^{er} août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et du régime général sur la protection des données est appliquée (article 42).

- 1) Identification du prestataire de soins de santé : nom et adresse du prestataire en vertu de l'article 1^{er} de la convention
- 2) Code du prestataire de soins de santé : prestataire facturier en vertu de l'article 1^{er} de la convention
- 3) Numéro d'identification unique (« matricule »), nom et prénom de la personne protégée
- 4) Nom, prénom, numéro, rue, pays, code postal et localité de la personne protégée, du représentant légal ou de l'organisme auquel le mémoire d'honoraires est adressé
- 5) Date accident : date de l'accident en relation avec l'assurance contre les accidents. À 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
- 6) N° accident : numéro de l'accident en relation avec l'assurance contre les accidents
- 7) Mémoire d'honoraires : numéro (libre)
- 8) Date d'établissement du mémoire d'honoraires
- 9) N° titre : numéro du titre de prise en charge
- 10) Prestation : code de la prestation d'après la nomenclature des actes et services de diététique
- 11) Date : date de la prestation
- 12) Brut : montant du tarif de la nomenclature des actes et services de diététique
- 13) Net : montant du tarif de la nomenclature des actes et services de diététique, après déduction de la participation statutaire
- 14) Part. pers. : montant de la participation personnelle à charge de la personne protégée
- 15) Exécutant : code prestataire du diététicien ayant délivré les actes et services
- 16) Lieu : lieu de prestation suivant annexe 06 du cahier des charges faisant partie intégrante de la convention
- 17) Total : somme des positions reprises dans les colonnes 12) et 13)
- 18) Paiement direct : au cas où la personne protégée a fait l'avance complète des frais et donc a opté pour le système du remboursement par la caisse compétente, le prestataire doit cocher cette case
- 19) Tiers payant : dans les cas prévus à l'article 27 de la convention, la prise en charge directe par la caisse compétente peut être demandée en cochant cette case
- 20) Montant pris en charge par la personne protégée :
 - en cas de paiement direct, ce montant est égal au total du montant brut
 - en cas d'application du système du tiers payant, ce montant est égal à la participation personnelle
- 21) Pour acquit, le : renseignement par le prestataire de la date de paiement en cas de paiement de la participation personnelle respectivement du montant brut par la personne protégée
- 22) Signature et cachet attestant le paiement ou l'établissement du mémoires d'honoraires
- 23) Coordonnées bancaires : données du prestataire de soins de santé. Cette inscription est obligatoire en cas de remboursement des actes et services par la caisse compétente, mais facultative en cas d'application du système du tiers payant
- 24) 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 diététicien et la caisse de sécurité sociale compétente. Ces données pourront être traitées, de façon totalement anonyme, à des fins statistiques professionnels

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 à son diététicien ou au chargé de la protection des données de la CNS, notamment via : dataprotection.cns@secu.lu

Annexe 05 : Formulaire de demande pour le forfait annuel pour frais informatiques

Demande Forfait annuel pour frais informatiques

Demande d'obtention des frais informatiques liés à la numérisation du processus d'autorisation et de la facturation suivant l'article 38 de la convention entre l'ANDL et la CNS

Adresse du cabinet demandeur¹	
Numéro :	Rue :
Code postal : L-.....	Localité :

Détails de la demande	
Année de référence :	Date de début d'activité du cabinet (à indiquer si différent du 01/01 de l'année de référence) ² :
Déclaration d'éligibilité	
<input type="checkbox"/> Le cabinet demandeur déclare que la condition requise sous l'article 38 de la convention entre l'ANDL et la CNS, qui prévoit une activité moyenne au sein du cabinet d'au moins 100 prestations opposables au cours de l'année de référence, est remplie.	
<input type="checkbox"/> Le(s) signataire(s) du présent formulaire déclare(nt) que la CNS se libère valablement de ses/leurs créances et dettes relatives au forfait annuel pour frais informatiques sur le compte bancaire associé au code prestataire suivant ³ :	
3 6 _ _ _ _ - _ _	

Composition du cabinet			
Code association (si applicable) :			
Liste des prestataires exerçant au cabinet demandeur pendant l'année de référence:			
Nom et prénom	Code individuel	Période de référence ⁴	Signature
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			

Explications au verso

Date et lieu le

¹ Tous les prestataires exerçant dans un même cabinet s'engagent à faire une demande commune pour le forfait pour frais informatiques, indépendamment du fait s'ils se sont regroupés en association avec mise en commun des honoraires ou non.

Conformément à l'article 38 de la convention entre la ANDL et la CNS, la CNS se réserve le droit de demander des pièces justificatives attestant qu'il s'agit effectivement de cabinets distincts supportant des frais informatiques séparés et indépendants en cas de plusieurs demandes présentées pour la même adresse. Dans ce contexte, les demandeurs pourraient être demandés de présenter leurs factures d'acquisition de matériel informatique, leurs contrats de connexion Internet, leurs contrats avec un éditeur de logiciels, etc.

² Dans le cas d'un cabinet démarrant son activité en cours de l'année de référence, le seuil du nombre de prestations et le montant du forfait sont proratisés (voir article 38 de la convention entre la ANDL et la CNS).

³ Le forfait intégral sera versé en un paiement unique sur le compte du prestataire indiqué. Ceci peut être le compte associé à un prestataire individuel spécifique parmi les diététiciens actifs dans le cabinet demandeur ou, le cas échéant, le compte associé à l'association avec mise en commun des honoraires.

⁴ Période pendant laquelle le diététicien exerçait au cabinet demandeur au cours de l'année de référence.



Avec prière d'envoyer l'original dûment rempli daté et signé à l'adresse suivante :
Département Prestations en nature maladie-maternité
Service de Diététique
L-2980 Luxembourg
Numéro d'appel direct: 2757- 4540

Annexe 06 : Catégories de lieu de prestation

Les catégories sont identifiées par les codes énumérés limitativement ci-dessous :

<u>Codes</u>	<u>Catégorie de lieu de prestation</u>	<u>Explications</u>
006	Établissement d'aides et de soins	<ul style="list-style-type: none">• Établissement d'aides et de soins au sens des art. 390 et 391 du Code de la sécurité sociale• Si la prestation a eu lieu dans un cabinet du prestataire intégré dans l'enceinte d'un établissement d'aides et de soins, le code 009 est à utiliser
009	Cabinet du prestataire	<ul style="list-style-type: none">• Cabinet correspondant à l'adresse professionnelle du prestataire facturier• Vu que le prestataire exécutant doit être soit identique, soit liée par association conformément à l'article 2 de la convention entre l'ANDL et la CNS au prestataire facturier, le lien entre le prestataire exécutant et l'adresse du facturier est également assuré.

Annexe 07 : Bilan nutritionnel initial

Coordonnées Médecin

Coordonnées Diététicien(ne)

Lieu, date

Concerne : Rapport diététique initial

Coordonnées patient(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Matricule :

Caisse de maladie :

Motif du traitement

- Diagnostic médical et motif(s) de la consultation
- Antécédents médicaux
- Objectif(s) du traitement diététique
- Information supplémentaire

Bilan initial

- Date de la consultation initiale et de la consultation de conseils
- Données spécifiques (facteurs de risque, poids, BMI, etc.)
- Diagnostic diététique
- Objectifs diététiques et/ou stratégies de soins diététiques
- Actions négociées /conseils donnés au patient
- Liste des documents remis au patient

Annexe 08 : Bilan nutritionnel final

Coordonnées Médecin

Coordonnées Diététicien(ne)

Lieu, date

Concerne : Rapport diététique final

Coordonnées patient(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Matricule :

Caisse de maladie :

Bilan des consultations de suivi et bilan diététique final

- Dates des consultations de suivi
- Évolution des données spécifiques
- Objectifs ou stratégies (re)négociés /conseils donnés au patient
- Évolution des modifications du comportement alimentaire
- Liste des documents remis au patient / la personne soignée
- Indication d'un suivi complémentaire et du délai de ce suivi

