

**Cahier des charges relatif aux documents et formulaires standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les établissements hospitaliers, les personnes protégées, la Caisse nationale de santé (CNS), le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), pris en exécution de la convention entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et la Caisse nationale de santé.**

## I. DOCUMENTS ET FORMULAIRES STANDARDISÉS

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

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

- a) Glossaire (Annexe I) ;
- b) Dénomination des fichiers électroniques (Annexe II) ;
- c) Descriptif du fichier – Cadre Facturation (Annexe III) ;
- d) Les motifs de refus de PEN2 (Annexe IV) ;
- e) Codifications à utiliser dans le cadre des demandes et des déclarations (Annexe V) ;
- f) Déclaration d'entrée (Annexe VI) ;
- g) Déclaration de transfert (Annexe VII) ;
- h) Déclaration de sortie (Annexe VIII) ;
- i) Déclaration de changement de médecin traitant (Annexe IX) ;
- j) Demande initiale de rééducation stationnaire ou ambulatoire (Annexe X) ;
- k) Demande de prolongation de rééducation stationnaire/ambulatoire (Annexe XI) ;
- l) Fichier facturation de l'activité extrahospitalière de la pharmacie (Annexe XII) ;
- m) Relevé médicaments, implants, prothèses, transplants et frais connexes à coût élevé (Annexe XIII) ;
- n) Liste des médecins agréés par établissement hospitalier (Annexe XIV) ;
- o) Relevé des actes prestés aux patients dans les établissements hospitaliers par les médecins y agréés (Annexe XV) ;
- p) Suivi budgétaire mensuel des frais variables (Annexe XVI) ;
- q) Suivi budgétaire mensuel du nombre d'ETP (Annexe XVII) ;
- r) Suivi budgétaire trimestriel des frais fixes (Annexe XVIII) ;
- s) Liste des codes prestataires des médecins (Annexe XIX) ;
- t) Réhabilitation physique et post-oncologique : demande de prise en charge (Annexe XX) ;
- u) Réhabilitation physique et post-oncologique : Relevé journalier des entrées et sorties (Annexe XXI) ;
- v) Relevé individuel des séjours stationnaires et de jour (Annexe XXII) ;
- w) Classification des actes de la génétique et de l'anatomopathologie (Annexe XXIII).

Remarque explicative : Tous les formulaires visés par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre les personnes protégées, le corps médical, les caisses de maladie, la Caisse nationale de santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale.

À l'annexe I du cahier des charges, qui fait partie intégrante de la convention conclue entre la FHL et la CNS, un glossaire explique les termes et expressions utilisés dans le cadre des échanges entre les parties liées par la présente 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<sup>1</sup> avec authentification forte est requis.

#### Art. 3.

L'établissement hospitalier s'engage à se doter des moyens de communication suffisants et à suivre la procédure publiée sur le site Internet de la CNS qui sera notifiée et mise à disposition des établissements hospitaliers<sup>2</sup> pour accéder au transfert par voie électronique de données structurées et normalisées, de système informatique à système informatique.

#### Art. 4.

Un établissement hospitalier doit disposer d'au moins deux (2) accès personnalisés. La CNS communique à l'établissement hospitalier la décision d'accord ou de refus du droit d'accès à la transmission par voie électronique via le réseau Healthnet. Un refus d'accès est à justifier par la CNS. Les accès nécessaires sont mis à disposition de l'établissement hospitalier sur demande. En cas d'accord, le Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS), en sa qualité de sous-traitant dans le cadre du traitement de données visé, communique aux collaborateurs de l'établissement hospitalier leur code et leur mot de passe initial pour qu'ils puissent accéder à leur compte personnel.

Leurs identifiant et authentifiant sont strictement personnels et ne doivent pas être divulgués aux tiers, y inclus les proches collaborateurs. Tout changement de fonction ou départ d'un collaborateur de l'établissement hospitalier ayant un accès personnel doit être signalé par ce dernier à la CNS dans les plus brefs délais.

### Dénomination des fichiers

#### Art. 5.

La dénomination des fichiers prévus par la convention et le présent cahier des charges est définie dans les annexes du présent cahier des charges.

Lors de la transmission par voie électronique des fichiers, l'établissement hospitalier s'engage à respecter cette dénomination ainsi que les libellés et le contenu des différentes zones définies dans les fichiers électroniques.

### Notification du dépôt d'un fichier

#### Art. 6.

L'accusé de réception d'un fichier électronique prend la forme d'un email automatique envoyé aux adresses email fournies par l'établissement hospitalier immédiatement après la réception et le contrôle du format du fichier. Cette information constitue une simple notification de dépôt et n'a pas de valeur juridique.

### Conservation des preuves numériques

#### Art. 7.

Dans le cadre des processus de transmissions électroniques des fichiers de déclarations, de demandes et de facturation, les pièces justificatives numériques sont intégrées et sauvegardées dans les archives électroniques de l'établissement hospitalier 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. L'établissement hospitalier garantit la mise en place de procédures d'impression des documents numériques.

### Transmission des formulaires par voie électronique

#### Art. 8.

Tous les formulaires visés par le présent cahier des charges sont échangés par voie électronique sécurisé. La transmission sur support papier des formulaires entre l'établissement hospitalier et la CNS est limitée aux situations découlant d'incidents techniques.

1 [www.healthnet.lu](http://www.healthnet.lu) (lien valide au 20/4/2020)

2 <http://www.cns.public.lu/fr/formulaires/demande-acces/demande-acces.html> (lien valide au 20/4/2020)

Dans le cadre de la transmission sur support papier, les formulaires doivent respecter les exigences relatives au contenu et au layout telles que définies dans le présent cahier des charges, sous peine de ne pas être opposable à l'assurance maladie (voir annexe V ; annexe VI ; annexe VII ; annexe VIII ; annexe IX ; annexe X ; annexe XI).

En principe l'établissement hospitalier émet un seul original. Exceptionnellement un deuxième original, opposable à l'assurance maladie, peut être émis. Le deuxième original doit être daté à la date de l'émission de l'original qu'il remplace.

Toute rature et modification apportée à un document existant, de quelque nature qu'il soit, est utilement paraphée et authentifiée par l'estampille de l'établissement hospitalier.

Toute évolution technique des règles concernant l'échange de données est signalée par écrit par la CNS à chaque établissement hospitalier qui dispose d'un délai de trois (3) mois pour s'y conformer. Un délai spécifique déviant de trois (3) mois et des modalités transitoires peuvent être décidés par la CTF.

### **III. Les Déclarations**

#### **Les déclarations d'entrée, de transfert ou de sortie**

##### **Art. 9.**

À l'admission d'un patient pour un séjour en milieu hospitalier, l'établissement hospitalier déclare une entrée. À la sortie de ce dernier, l'établissement hospitalier déclare une sortie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, si au cours d'un traitement stationnaire la nature du traitement exige un transfert du patient vers un autre hôpital pour y recevoir des soins qui ne peuvent être dispensés dans l'établissement hospitalier d'origine et que le patient réintègre l'établissement hospitalier d'origine avant minuit du même jour l'établissement hospitalier qui reçoit le patient effectue une déclaration de transfert en lieu et place des déclarations d'entrée et de sortie respectives.

Toute déclaration doit être parvenue à la CNS dans les deux (2) jours ouvrables suivant respectivement l'admission, le transfert ou la sortie du patient à l'exception des admissions selon l'article 13 du présent document.

##### **Art. 10.**

Le CCSS met à disposition de l'établissement hospitalier, les accès informatiques nécessaires et en nombre suffisant aux outils leur permettant de saisir directement les déclarations d'entrée et de sortie, ainsi que les transferts entre hôpitaux dans la mesure où les contraintes du système Pen2 le permettent.

##### **Art. 11.**

Les droits d'accès accordés aux établissements hospitaliers ne permettent que la création d'une admission, la saisie d'un transfert et d'une sortie, ainsi que des recherches sur des enregistrements existants et ce uniquement par l'utilisateur, dont l'accès a été mis à disposition par le CCSS. Toute modification d'une déclaration doit être communiquée à la CNS sur support papier ou par e-mail sécurisé dans les plus brefs délais. La CNS se chargera de la mise à jour.

#### **Les déclarations de changements de médecin traitant**

##### **Art. 12.**

Les établissements hospitaliers déclarent tout changement de médecin traitant à la CNS par le formulaire prévu à l'annexe IX.

La déclaration doit parvenir à la CNS au plus tard cinq (5) jours ouvrables suivant le changement du médecin traitant.

### **IV. Les Demandes**

#### **Demandes d'accord pour rééducation et réhabilitation**

**Les traitements stationnaires au Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), dans un service de rééducation gériatrique ou dans le service national de réhabilitation physique ou de réhabilitation post-oncologique**

##### **Art. 13.**

Le traitement stationnaire au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique d'un établissement hospitalier requiert une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et il est subordonné à la production à la CNS endéans les 3 jours ouvrables suivant l'admission du patient du formulaire de demande défini à l'annexe X du présent cahier des charges dûment rempli et accompagné sous pli fermé à l'adresse

du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport médical détaillé tel que défini au niveau des dispositions statutaires de la CNS.

Les demandes de prise en charge pour réhabilitation physique ou réhabilitation post-oncologique au Centre de Réhabilitation du Château de Colpach sont réalisées par le formulaire prévu à l'annexe XX. Pour le relevé journalier des entrées et sorties au Centre de Réhabilitation du Château de Colpach, le formulaire prévu à l'annexe XXI est à transmettre sous forme électronique à la CNS.

#### **Art. 14.**

En cas d'un accord, la CNS transmet à l'assuré et à l'établissement hospitalier demandeur un titre qui certifie la prise en charge du traitement demandé pour une période définie en application des dispositions et conditions définies dans les statuts de la CNS.

En cas de refus, la CNS adressera une décision de refus à l'assuré, à l'établissement hospitalier demandeur ainsi qu'au médecin demandeur. L'établissement hospitalier ayant fait une demande informe le patient ou l'accompagnateur selon la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, sans délai, sur le refus et sur les coûts qui seront à sa charge personnelle.

### **Les traitements ambulatoires au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque**

#### **Art. 15.**

Le traitement ambulatoire au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique ou dans un service de rééducation cardiaque d'un hôpital est subordonné à la production à la CNS endéans les 3 jours ouvrables suivant l'admission du patient du formulaire de demande défini à l'annexe X du présent cahier des charges dûment rempli et accompagné sous pli fermé à l'adresse du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport médical détaillé tel que défini au niveau des dispositions statutaires de la CNS ou d'une ordonnance médicale dans le cas d'une rééducation cardiaque.

En cas d'un accord, la CNS transmet à l'assuré et à l'établissement hospitalier demandeur un titre qui certifie la prise en charge du traitement demandé pour une période définie en application des dispositions et conditions définies dans les statuts de la CNS.

En cas de refus la CNS adressera une décision de refus à l'assuré, à l'établissement hospitalier demandeur ainsi qu'au médecin. L'établissement hospitalier ayant fait une demande informe le patient ou l'accompagnateur selon la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, sans délai, sur le refus et les coûts qui seront à sa charge personnelle.

### **Demandes de prolongation pour rééducation au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique**

#### **Art. 16.**

Si l'accord pour le traitement stationnaire ou ambulatoire vient à échéance, le CNRFR ou l'établissement hospitalier fait parvenir, au plus tard quatre (4) jours ouvrables avant l'échéance de la prise en charge, la demande de prolongation, à la CNS. Les informations médicales, tel que définies par les dispositions statutaires de la CNS, sont à envoyer sous pli fermé au CMSS.

Le formulaire à utiliser pour la demande de prolongation fait l'objet de l'annexe XI au présent cahier des charges.

Les décisions d'accord respectivement de refus de prolongation sont communiqués de la même façon que pour les demandes initiales.

## **V. FACTURATION**

### **Contenu de la facture**

#### **Art. 17.**

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

### **Formats des fichiers**

#### **Art. 18.**

Le fichier électronique de facturation échangé respecte les règles de nommage définies à l'annexe II.

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

## Entrée des données de facturation à la CNS

### Art. 19.

L'établissement hospitalier fait parvenir le fichier de facturation par voie électronique à la CNS selon les modalités définies aux articles 2 à 8 du présent cahier des charges.

La transmission du fichier de facturation vaut demande de paiement des prestations opposables. L'établissement hospitalier est responsable de la conformité des données de facturation.

### Art. 20.

Pour chaque code prestataire facturier, il ne peut être introduit qu'un seul fichier de facturation par mois de calendrier à la CNS.

### Art. 21.

La CNS procède au paiement des prestations non contestées au plus tard le trentième (30<sup>ième</sup>) jour à partir de la date de réception du fichier de facturation telle qu'elle est renseignée sur l'accusé de réception.

## Retour de données à l'établissement hospitalier

### Art. 22.

La CNS envoie par voie électronique une information de dépôt des fichiers sur le serveur de l'établissement hospitalier lorsque les données entrées dans le fichier électronique de facturation sont exploitables et conformes à l'annexe III du présent cahier des charges. Dans le cas contraire, le fichier n'est pas traité et est retourné par voie électronique à l'établissement hospitalier avec indication des motifs du retour. La liste des codes refus utilisés est repris à l'annexe IV.

## Contestation des prestations

### Art. 23.

En cas de contestation de prestations, la CNS transmet les motifs de refus prévus à l'annexe IV renseignés sous forme de codes dans les fichiers retournés au plus tard 30 jours après la date de réception par la CNS du fichier de facturation.

## VI. Autres dispositions

### Activité extrahospitalière de la pharmacie : Délivrance de fournitures

#### Art. 24.

Le pharmacien hospitalier ne délivre les fournitures (médicaments et dispositifs médicaux) prévues à l'article 9 du règlement grand-ducal du 1<sup>er</sup> mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments vers le secteur extrahospitalier que sur ordonnance médicale originale nominative. Le fichier de facturation de l'activité extrahospitalière de la pharmacie sera transmis à la CNS par fichier électronique sous le format prévu à l'annexe XII. Les fichiers informatiques sont accompagnés d'un relevé récapitulatif indiquant la période de facturation, le nombre d'enregistrements et la somme des nombres d'emballages (somme de la zone 14 (quantité) du fichier de l'annexe XII).

Dès réception et lecture du fichier informatique, un accusé de réception est transmis à l'hôpital, confirmant la lecture correcte des paramètres ci-dessus.

En cas de non-concordance, le fichier est retourné immédiatement à l'hôpital sans avoir été traité. En cas de conformité des données, le fichier est retourné à l'hôpital dans le délai de 30 jours. Le transfert du fichier de facturation de l'activité extrahospitalière de la pharmacie sera complété par un dépôt mensuel des ordonnances par l'établissement hospitalier concerné à la CNS en vue d'un remboursement des frais engendrés.

### Prestations prises en charge individuellement

#### Art. 25.

Dans le cadre de la prise en charge des médicaments, implants, prothèses, transplants et frais connexes à coût élevé conformément à l'article 21 de la convention, les ordonnances originales avec un relevé récapitulatif sous le format décrit à l'annexe XIII sont à adresser à la CNS par courrier postal sur base semestrielle :

- 31 janvier de l'année n pour les prestations relatives au 2<sup>ème</sup> semestre n-1
- 30 juillet de l'année n pour les prestations relatives au 1<sup>er</sup> semestre de l'année n

## **Demande des titres de prises en charge de kinésithérapie**

### **Art. 26.**

Les établissements hospitaliers doivent obligatoirement utiliser la procédure électronique pour la demande des titres de prise en charge de la kinésithérapie en milieu ambulatoire. La procédure électronique pour la demande d'un titre de prise en charge est décrite dans le cahier des charges de la convention entre la CNS et l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes diplômés.

### **Mise à disposition des informations par la CNS**

### **Art. 27.**

La CNS met à la disposition des établissements hospitaliers un accès informatique permettant de vérifier l'affiliation des assurés et le statut d'un accident de travail.

L'accès au système du Centre informatique de la sécurité sociale permet en principe la consultation par télétraitement 24 heures sur 24 heures et 7 jours sur 7. Les données consultables comprennent le numéro matricule de la personne protégée affiliée pour la date de la consultation, du nom, du nom marital, des prénoms et de l'adresse postale de la personne protégée telle que reprise du RNPP, de la date des accidents relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents et du numéro de l'accident. Le Centre informatique de la sécurité sociale permettra de faire une recherche du numéro matricule sur base de la date de naissance et sur base du nom et du prénom.

Les établissements hospitaliers et la CNS sont en charge de mettre en place l'infrastructure et les règles de gestion nécessaires au respect de la législation en vigueur concernant la protection des données à caractère personnel.

Dans le cadre de la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et mise en oeuvre du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), portant modification du Code du travail et de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État, et à ses mises à jour à venir, et plus généralement conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et à la demande de la CNS, les établissements hospitaliers pourront être amenés à expliquer et justifier l'utilisation faite des données mises à disposition par la CNS.

### **Référentiels**

### **Art. 28.**

La CNS met à disposition des établissements hospitaliers :

- a) la liste des codes prestataires des médecins sur base hebdomadaire tel que définie à l'annexe XIX ;
- b) la version coordonnée de la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes et de leurs tarifs applicables ;
- c) la version coordonnée de la nomenclature des actes et services des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des rééducateurs en psychomotricité, des sages-femmes, des orthophonistes, des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, des prestataires de soins palliatifs et des diététiciens et leurs tarifs applicables.

En cas de mise à jour de l'un des documents mentionnés sous b) ou c), la CNS s'engage à transmettre un nouveau référentiel aux établissements hospitaliers dans un délai d'une semaine après publication au Journal officiel sous format Excel.

La liste actualisée des codes prestataires des médecins prescripteurs sera transmise dans des intervalles mensuels. La description et la dénomination du fichier d'échange reprenant cette liste de codes prestataires est reprise à l'annexe XIX. La CNS tient à disposition des établissements hospitaliers le fichier électronique correspondant à la description complète du layout du fichier reprenant la liste des médecins prescripteurs.

### **Cas de simple hébergement**

### **Art. 29.**

Lorsque le séjour à l'hôpital d'une personne est qualifié de simple hébergement au sens de l'article 17, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, les frais de séjour à l'hôpital ne sont pas opposables à l'assurance maladie. Dans ce cas l'établissement hospitalier informe le patient sur les coûts qui lui incombent et qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Les séjours sont à indiquer dans le fichier de facturation

(annexe III). La CNS tiendra compte de ces séjours au niveau des unités d'œuvre non opposables dans le cadre du décompte de fin d'exercice prévu à l'article 37 de la convention.

## **VII. Transmission de données dans le cadre du suivi budgétaire prévu à l'article 45 de la convention**

### **Suivi budgétaire mensuel des frais variables**

#### **Art. 30.**

Dans le cadre du suivi budgétaire les établissements hospitaliers transmettent trimestriellement à la CNS le suivi budgétaire mensuel des frais variables.

La description et la dénomination du fichier reprenant les données du suivi budgétaire mensuel des frais variables figurent à l'annexe XVI. Les données du trimestre précédent doivent être transmis à la CNS avant la fin du trimestre subséquent.

### **Suivi budgétaire mensuel du nombre d'ETP**

#### **Art. 31.**

Dans le cadre du suivi budgétaire les établissements hospitaliers transmettent trimestriellement à la CNS, le suivi budgétaire du nombre d'ETP sous forme de la moyenne mensuelle.

La description et la dénomination du fichier reprenant les données du suivi budgétaire du nombre d'ETP est reprise à l'annexe XVII.

### **Suivi budgétaire trimestriel des frais fixes**

#### **Art. 32.**

Dans le cadre du suivi budgétaire les établissements hospitaliers transmettent à la CNS, le suivi budgétaire trimestriel des frais fixes. Les données du trimestre précédent sont transmises à la CNS avant la fin du trimestre subséquent moyennant un fichier électronique.

La description et la dénomination du fichier reprenant les données du suivi budgétaire des frais fixes est reprise à l'annexe XVIII.

#### **Art. 33.**

Pour les trois fichiers de suivi budgétaires repris aux art. 31, 32 et 33, la CNS tient à disposition des établissements hospitaliers le fichier électronique correspondant à la description complète de ces fichiers.

## **VIII. Documentation hospitalière**

### **Déclaration du diagnostic et de la classification des séjours**

#### **Art. 34.**

En vertu de l'article 47bis de la convention, les établissements hospitaliers communiquent sur une base semestrielle le relevé individuel des séjours stationnaires et de jour à la CNS. Les délais à respecter sont le 15 octobre de l'année n pour la transmission des données relatives aux séjours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année n et le 15 avril de l'année n+ 1 pour la transmission des données relatives aux séjours du 2<sup>ème</sup> semestre de l'année n.

Les modalités de codage pour les données sur les séjours hospitaliers sont publiées sur le site internet ([www.dcsch.lu](http://www.dcsch.lu)).<sup>3</sup> La dénomination ainsi que la structure du fichier d'échange reprenant les données du relevé individuel des séjours stationnaires sont repris à l'annexe II. Les variables à transmettre à la CNS sont repris à l'annexe XXII.

La CNS tient à disposition des établissements hospitaliers le fichier électronique correspondant à la description complète du fichier reprenant relevé individuel des séjours stationnaires.

#### **Art. 35.**

Un fichier XML est utilisé pour le transfert de la documentation hospitalière des établissements hospitaliers spécialisés avec les variables suivantes :

- Code fournisseur
- Matricule
- Sexe déclaré à l'état civil
- Date de naissance

<sup>3</sup> <https://www.dcsch.lu/ressources> (lien valide au 20/4/2020)

- Pays de résidence
- Code postal de résidence
- Numéro d'admission
- Date d'admission
- Heure d'admission
- Provenance du patient
- Code de l'établissement de provenance
- Date de sortie
- Heure de sortie
- Modalité de sortie
- Code de l'établissement de destination de sortie
- Date du début de la prise en charge
- Heure du début de la prise en charge
- Date de la fin de la prise en charge
- Heure de la fin de la prise en charge
- Type de service hospitalier assurant la prise en charge
- Code site hospitalier
- Diagnostic principal
- Diagnostics secondaires
- Présent à l'admission

La CNS tient à disposition des établissements hospitaliers le fichier électronique correspondant.

Les catalogues des classifications à utiliser seront mis à disposition des établissements hospitaliers par la société qui fournit l'outil de codage et de groupage.

**Relevé des actes prestés aux patients par les médecins agréés dans les établissements hospitaliers**

**Art. 36.**

Pour que la CNS puisse mettre à disposition de chaque établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés conformément à l'article 74 alinéa 10 du CSS, l'établissement hospitalier transmet à la CNS une liste de ses médecins agréés avec code prestataire, date début de l'agrément et date fin de l'agrément des médecins agréés pendant le semestre concerné. La CNS transmet par la suite le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés à l'établissement hospitalier. Les délais à respecter pour le transfert sont les suivants :

<b>Délai pour la transmission de la liste des médecins agréés par l'établissement hospitalier à la CNS</b>	<b>Délai pour la transmission du relevé des actes prestés aux patients par la CNS à l'établissement hospitalier</b>
31 mars de l'année n pour la transmission de la liste des médecins agréés par l'établissement hospitalier au cours du 2 <sup>ème</sup> semestre n-1	30 juin de l'année n pour la transmission du relevé des actes prestés aux patients au cours du 2 <sup>ème</sup> semestre n-1
30 septembre de l'année n pour la transmission de la liste des médecins agréés par l'établissement hospitalier au cours du 1 <sup>er</sup> semestre de l'année n	31 décembre de l'année n pour la transmission du relevé des actes prestés aux patients au cours du 1 <sup>er</sup> semestre n

La dénomination ainsi que la structure du fichier d'échange reprenant la liste des médecins agréés sont repris à l'annexe XIV.

La dénomination ainsi que la structure du fichier d'échange reprenant le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés sont repris à l'annexe XV.

## IX. Dispositions transitoires

### Art. 37.

Tous les déclarations d'entrée, de sortie et de prolongation des traitements pour rééducation ou réhabilitation (voir annexes X, XI, XX et XXI) qui ne peuvent pas se faire par saisie directe, doivent être faites par l'établissement hospitalier sur support papier jusqu'à la mise à disposition d'un outil informatique permettant une intégration de ces déclarations dans le système informatique de l'établissement hospitalier.

### Art. 38.

Pendant la phase d'implémentation des formats de fichier repris aux annexes XVI, XVIII et XIX, la CNS continue de recevoir les fichiers de suivi budgétaires transmis par les établissements hospitaliers trimestriellement au format Excel. La description et la dénomination des fichiers Excel reprenant les données du suivi budgétaire sont reprises respectivement aux annexes XVI, XVII, XVIII. Les fichiers en question seront mis à disposition par la CNS.

## X. Date d'application

### Art. 40.

Ce cahier des charges est applicable à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

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

Fait à Luxembourg, le 9 juillet 2020 en deux exemplaires.

*Pour la Caisse Nationale de Santé,*

*Le président,*

**Christian Oberlé**

*Pour la Fédération des hôpitaux  
luxembourgeois,*

*Le président,*

**Paul Junck**

*Le secrétaire général,*

**Marc Hastert**

## Annexe I - Glossaire

<b>Avis administratif Caisse Nationale de Santé</b>	La conclusion de l'instruction du dossier de demande d'autorisation avant l'émission d'une décision peut être conditionnée par l'accomplissement des conditions administratives. Cet avis peut se traduire par un accord ou un refus. Cet avis peut être préalable ou non à la prestation.
<b>Avis médical du Contrôle médical de la Sécurité Sociale</b>	La conclusion de l'instruction du dossier de demande d'autorisation avant l'émission d'une décision peut être conditionnée par l'obtention d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis peut se traduire par accord ou refus. Cet avis peut être préalable (APCM) ou non (ACM) à la date prestation.
<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 de l'avis du CMSS</b>	Date à laquelle le CMSS a émis son avis qui se traduit par un accord ou un refus.
<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 début 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 jusqu'à laquelle le traitement prescrit peut être effectué. Date liée à la prestation et non à l'ordonnance. Date de fin de période sur laquelle le traitement prescrit prend fin.
<b>Date d'entrée à la CNS</b>	Date à laquelle le dossier (demande, déclaration ou facturation) est entré à la CNS ou auprès d'une autre institution de sécurité sociale.
<b>Date d'établissement du dossier</b>	Date à laquelle le dossier (demande, déclaration ou facturation) est créé par le prestataire (date reprise sur le formulaire ou sur l'ordonnance)
<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 de facturation.
<b>Date prestation (JJMMAAA)</b>	La date prestation correspond à <ul style="list-style-type: none"> <li>la date de l'exécution d'une unité d'œuvre</li> </ul>
<b>Décision de la CNS</b>	Décision positive ou négative prise par la CNS en conclusion de l'instruction d'un dossier de demande.

<b>Décision d'autorisation de la CNS</b>	Décision d'accorder un droit à la personne protégée pour une prestation subordonnée à une autorisation documentée sur un titre de prise en charge.
<b>Décision de refus de prise en charge</b>	Décision négative qui n'est jamais documentée sur un titre de prise en charge.
<b>Demande d'autorisation déposée à la CNS</b>	Dossier de demande pour l'obtention de la prise en charge par l'assurance maladie d'une prestation de soins subordonnée à une autorisation préalable ou non.
<b>Doublon</b>	Deux factures différentes concernant une même personne protégée pour un même acte et pour la même date de prestation. La dernière facture présentée est refusée.
<b>Justificatif de paiement</b>	Pièce comptable établie par la CNS suite à la demande de paiement présentée sur le relevé récapitulatif, retournée au prestataire pour le renseigner sur les montants effectivement payés, les redressements et corrections, les retenus et les contestations.
<b>Motif de refus</b>	Les motifs de refus de PEN2 (voir annexe IV)
<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 du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents.
<b>Numéro d'admission</b>	Numéro de dossier attribué au patient lors de son entrée à l'hôpital
<b>Numéro ordonnance</b>	Numéro de dossier externe défini et géré par l'hôpital
<b>Ordonnance médicale motivée</b>	Ordonnance émise par le médecin prescripteur, comportant des motivations médicales et accompagnée, le cas échéant, de toutes les pièces justificatives nécessaires pour étayer la demande.
<b>Participation statutaire</b>	Participation personnelle à charge de la personne protégée, définie dans les statuts de la CNS.
<b>Prestation</b>	Prestation de soins de santé suivant l'article 17, alinéa premier du CSS.
<b>Saisie directe</b>	Les établissements hospitaliers disposent d'un accès accordé par le CCSS, qui leur permet de saisir dans l'environnement de leur propre système informatique les déclarations d'entrée et de sortie, ainsi que les transferts entre établissements dans la mesure où les contraintes du fichier « prise en charge » du système PEN2 le permettent.

**Annexe II - Dénomination des fichiers électroniques**

**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 données	Désignation
F	Fichiers assurance maladie
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions
Année	Année à 4 positions numériques
Mois	Mois d'envoi à 2 positions numériques
Cadre légal	Cadre légal : CLN
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

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

Type fichier	Désignation
FAC	Facturation
RETFAC	Retour facturation
PREFAC	Préfacturation
RETPREFAC	Retour préfacturation
MEEXT	Médicaments extrahospitaliers
RETMEEXT	Retour médicaments extrahospitaliers
DIS	Dispositifs médicaux
RETDIS	Retour dispositifs médicaux
MEDAGR	Liste des médecins agréés
RETMEDAGR	Retour liste des médecins agréés
SFV	Suivi frais variables
RETSFV	Retour suivi frais variables

ETP	Suivi ETP
RETETP	Retour suivi ETP
SFF	Suivi frais fixes
RETSFF	Retour suivi frais fixes
DOCHOS	Documentation hospitalière
RETDOCHOS	Retour documentation hospitalière
DOCSPE	Documentation hospitalière établissements spécialisés
RETDOCSPE	Retour documentation hospitalière établissements spécialisés
ENTSOR	Entrée Sortie

- 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. Les zones numériques sont ajustées à droite avec les zéros non significatifs présents. Ces zéros non significatifs peuvent être remplacés par des blancs.
- Les zones alphanumériques ou alphabétiques sont ajustées à gauche.
- Les enregistrements sont à présenter soit dans l'ordre du numéro matricule du patient, soit dans l'ordre du numéro de la facture

## II. Format de compression des fichiers

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

**Annexe III -Descriptif du fichier – Cadre Facturation****Description de l'enregistrement entête €:**

Enregistrement en-tête

Pos 1 - 32	Clé de l'enregistrement
Pos 1 - 2	Esi10-cc 2 positions numériques Code organisme compétent. 18 = CNS
Pos 3 - 8	Esi10-cl 6 positions numériques Numéro code du fournisseur de soin de santé qui facture les prestations.
Pos 9 - 21	Esi10-pat 13 positions numériques Numéro matricule du patient.
Pos 22 - 23	Esi10-enr 2 positions numériques Code de l'enregistrement. 11 = enregistrement entête. 21 = enregistrement détail. 31 = enregistrement total.
Pos 24 - 32	Esi10-nr 9 positions alphanumériques Numéro d'admission du client ou numéro client. Cette zone est utilisée pour distinguer plusieurs groupes d'enregistrements avec un même numéro patient. Pour les prestations effectuées en milieu hospitalier cette zone doit être remplie. Dans les autres cas cette zone peut être égale à blanc.
Pos 33 - 42	Libre
Pos 43 - 50	Esi10-perdec 8 positions numériques. Date indiquant le mois décompté sous la forme AAAAMMJJ et où AAAA et MM indiquent l'année respectivement le mois décompté et où JJ est égal à zéro.
Pos 51 - 74	Dates et heures d'entrée et de sortie de l'hôpital. Pour les prestations en milieu ambulatoire, pour les prestations effectuées par un médecin et facturées par lui-même, et pour les prestations des pharmacies ces zones doivent contenir des zéros.
Pos 51 – 58	Esi10-entrée 8 positions numériques. Date d'entrée dans l'hôpital sous la forme AAAAMMJJ.
Pos 59 – 62	Esi10-heuent 4 positions numériques. Heure d'entrée dans l'hôpital sous la forme HHMM. L'heure peut varier entre 0001 et 2400 inclus.
Pos 63 – 70	Esi10-sortie 8 positions numériques. Date de sortie de l'hôpital sous la forme AAAAMMJJ. Si le patient n'est pas sorti de l'hôpital cette zone doit contenir des zéros.
Pos 71 – 74	Esi10-heusor 4 positions numériques. Heure de sortie de l'hôpital sous la forme HHMM. L'heure peut varier de 0001 à 2400 inclus. Si le patient n'est pas sorti de l'hôpital cette zone doit contenir des zéros.
Pos 75 – 76	Esi10-typadm 2 positions alphabétiques. Type d'admission. AP = Acte médical soumis à un accord du CMSS HE = Cas d'un simple hébergement MT = Maternité ML = Maladie AD = Accident ne relevant pas de la compétence de l'assurance accident CA = Chimiothérapie ambulatoire AT = Accident relevant de la compétence de l'assurance accident DG = Dommage de Guerre

Pos 77 – 94	Zones seulement en rapport avec des prestations pour le compte de l'AAA. Pour les autres organismes ces zones doivent rester égales à zéro.
Pos 77 – 84	Esi10-datacc 8 positions numériques Cette zone doit renseigner la date de l'accident sous la forme AAAAMMJJ.
Pos 85 – 94	Esi10-numacc 10 positions alphanumériques. Cette zone contient le numéro accident attribué par l'assurance accident.
Pos 85	L = Ancien numéro accident agricole U = Numéro accident de l'assurance accident.
Pos 87 – 89	Exercice de l'accident sous la forme AAAA.
Pos 90 – 94	Numéro courant de l'accident.
Pos 95 – 96	Esi10-classe 2 positions alphanumériques. Classe dans laquelle le traitement a eu lieu. A = ambulatoire (classe 0) H1 = chambre à 1 lit H2 = chambre à 2 lits H3 = chambre à 3 lits HI = soins intensifs HE = cas d'hébergement H4 = Chimiothérapie ambulatoire H6 = Hôpital de jour (pédiatrique/chirurgical/non chirurgical)("Prise en charge P") H7 = Hôpital de jour psychiatrie
Pos 97 - 106	Esi10-factur 10 positions alphanumériques. Numéro facture attribué par le fournisseur. Cette zone est éditée en entête des feuilles de refus.
Pos 123 – 131	Esi10-totpat-euro 9 positions numériques. Somme des zones Esi20-moncai d'un même patient.
Pos 123 - 129	Esi10-totpat-flux 7 positions numériques
Pos 132 - 140	Esi10-totrem-euro 9 positions numériques. Somme des zones Esi20-monrem d'un même patient. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers la clinique.
Pos 132 - 138	Esi10-totrem-flux 7 positions numériques
Pos 141 - 143	Esi10-devise 3 positions alphabétiques EUR
Pos 144 - 146	Esi10-cauref 3 positions numériques Numéro du refus. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers la clinique.
Pos 147 - 162	Zones techniques utilisées en interne
Pos 163 – 174	Esi10-luxis-pas 12 positions alphanumériques

Enregistrement détail €

Pos 1 - 32	Clé de l'enregistrement. Identique à la clé de l'enregistrement entête Sauf :
Pos 22 - 23	Esi20-enr 2 positions numériques. 21 = Enregistrement détail.
Pos 33 - 42	Esi20-acte 10 positions alphanumériques. Code de l'acte ou de l'entité fonctionnelle
Pos 43 - 50	Esi20-dtedeb 8 positions numériques. Date de la prestation ou date début des prestations sous la forme AAAAMMJJ.
Pos 51 - 54	Esi20-heudeb 4 positions numériques. Heure de la prestation ou heure début des prestations sous la forme HHMM. L'heure peut varier entre 0001 et 2400 inclus. La valeur zéro veut dire que l'heure est inconnue. L'heure début est obligatoire pour l'entité fonctionnelle Urgences/policlinique non programmée triée.

Pos 55 – 62	Esi20-dtefin 8 positions numériques. Date fin des prestations sous la forme AAAAMMJJ. Si la date est égale à la date début cette zone peut être égale à zéro.
Pos 63 – 66	Esi20-heufin 4 positions numériques. Heure fin de la prestation sous la forme HHMM. L'heure peut varier entre 0001 et 2400 inclus. La valeur zéro veut dire que l'heure est inconnue ou sans intérêt. Si la date fin est égale à zéro, l'heure fin doit aussi être égale à zéro. L'heure fin est obligatoire pour l'entité fonctionnelle Urgences/policlinique non programmée triée.
Pos 67 – 69	Esi20-nombre 3 positions numériques. Nombre de fois que le code tarif a été presté.
Pos 70 – 78	Esi20-brut-euro 9 positions numériques. Montant facturé à l'assuré. Ce montant contient également le montant d'une éventuelle participation. Si le montant est zéro, l'enregistrement est utilisé pour mémoriser la référence à la nomenclature.
Pos 70 – 76	Esi20-brut-flux 7 positions numériques.
Pos 78 – 87	Esi20-moncai-euro 9 positions numériques. Montant à rembourser par les organismes de sécurité sociale.
Pos 79 - 85	Esi20-moncai-flux 7 positions numériques.
Pos 99	Libre
Pos 100 – 109	Esi20-actint 10 positions alphanumériques. Référence à la nomenclature – obligatoire pour les entités fonctionnelles salles opératoires, salles d'accouchement, laboratoires, imagerie médicale, IRM, radiothérapie, lithotritie extracorporelle, kinésithérapie et policlinique endoscopique. Pour l'entité fonctionnelle Urgences/policlinique non programmée triée : indication obligatoire du tri : U1-U5 pour les urgences et U1S-U5S pour les policliniques non programmées triées selon l'échelle canadienne de triage et de gravité. Pour les entités fonctionnelles génétique et anapath, la référence à la classification décrite à l'annexe XXIII est obligatoire.
Pos 110 – 115	Esi20-presta 6 positions numériques. Code du fournisseur qui a exécuté la prestation.
Pos 116 – 121	Esi20-prescr 6 positions numériques. Code du fournisseur qui a prescrit la prestation.
Pos 122 – 125	Esi20-numcou 4 positions numériques. Numéro courant de l'enregistrement détail pour un même patient.
Pos 127 – 133	Esi20-dteord 8 positions numériques. Date de l'ordonnance AAAAMMJJ
Pos 134 – 141	Esi20-dteval 8 positions numériques. Date validité de l'ordonnance AAAAMMJJ.
Pos 142 – 143	Esi20-cdepro 2 positions numériques. Provenance de la demande de prestation.
Pos 145 - 147	Esi20-titcha 4 positions numériques. Numéro du titre de prise en charge.
Pos 148 – 156	Esi20-monrem-euro 9 positions numériques. Montant remboursé. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers l'établissement hospitalier.
Pos 148 - 154	Esi20-monrem-flux 7 positions numériques
Pos 157 - 159	Esi20-devise 3 positions alphabétiques. EUR
Pos 160 - 162	Esi20-cauref 3 positions numériques. Numéro du refus. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers la clinique.

Pos 163 - 171	Zone technique utilisée en interne
Pos 171 – 183	Esi20-luxis-pas 12 positions alphanumériques
Pos 184 – 198	Esi20-AUT 15 positions alphanumériques Nouveaux types titre/autorisations émis depuis le 01 janvier 2017

Enregistrement total €

Pos 1 - 32	Clé partielle.
Pos 1 - 8	Voir enregistrement entête.
Pos 20 - 21	Esi30-enr 2 positions numériques. 31 = enregistrement total
Pos 51 - 61	Esi30-totcai-euro 11 positions numériques. Total des zones Esi20-moncai de tous les patients.
Pos 51 - 59	Esi30-totcai-flux 9 positions numériques.
Pos 62 - 72	Esi30-totrem-euro 11 positions numériques Total des zones Esi20-monrem de tous les patients. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers la clinique
Pos 62 - 69	Esi30-totrem-flux 9 positions numériques
Pos 73 - 75	Esi30-devise 3 positions alphabétiques. EUR
Pos 76 - 78	Esi30-cauref 3 positions numériques. Numéro du refus. Cette zone est utilisée pour le retour fichier vers la clinique
Pos 79 - 89	Pas utilisé
Pos 79 - 87	Libre
Pos 88 – 99	Esi30-luxis-pas 12 positions alphanumériques

**Annexe IV - Les motifs de refus PEN2 :**

Les motifs des refus signalés par le système PEN2 peuvent être les suivants:

<b>Code refus</b>	<b>Libellé</b>
<b>20</b>	<b>PAS D'AFFILIATION</b> Il n'existe aucune affiliation pour une des dates du traitement au moins.
<b>34</b>	<b>PATIENT DECEDE</b> La date de décès du patient est inférieure à la date de la prestation.
<b>65</b>	<b>ENTITE INCONNU</b> Remarque en provenance du batch de facturation des cliniques suite à des erreurs syntaxiques dans le fichier.
<b>68</b>	<b>PASSAGE OU REFERENCE ?</b> Le montant à rembourser est à zéro et la référence à la nomenclature est remplie.
<b>73</b>	<b>DATES ENTREE SORTIE</b> Date d'entrée ou date de sortie invalide.
<b>74</b>	<b>DATES INVERSEES</b> Dates d'entrée et de sortie inversées.
<b>77</b>	<b>Type admission</b> Type d'admission non valable. Type DG pour un fournisseur extra-hospitalier.
<b>79</b>	<b>REFERENCE ET PASSAGE</b> La zone esi20-acte de l'enregistrement de la référence à la nomenclature diffère du contenu de la zone esi20-acte du passage.
<b>80</b>	<b>NUMERO ACCIDENT</b> Mauvais numéro accident pour le patient.
<b>83</b>	<b>LEISTUNGSNACHWEIS FEHLT</b> <Leistungsnachweis> manque

<b>85</b>	<b>MAUVAISE CLASSE</b>  La classe d'hospitalisation n'est pas correcte.
<b>96</b>	<b>UNO ET DATE MANQUENT</b>  Le numéro accident et la date manquent.
<b>98</b>	<b>H4 ET PRISE EN CHARGE</b>
<b>101</b>	<b>TYPE ACCIDENT INVALIDE</b>  Type numéro accident invalide Le numéro accident saisi doit commencer par un L ou un U.
<b>104</b>	<b>SIEGE LESION MANQUE DI</b>  Siège lésion manque dans DI La zone "Siège lésion" n'est pas remplie pour ce numéro accident dans l'application "DI". Veuillez saisir la donnée dans l'application "DI".
<b>105</b>	<b>ACCIDENT REJETE</b>  La prise en charge de cet accident a été refusée. La saisie des données n'est pas possible.
<b>108</b>	<b>PATIENT NON NUMERIQUE</b>  Matricule patient non numérique Le numéro matricule du patient doit être numérique. Veuillez contrôler le numéro matricule et saisir le numéro exact.
<b>109</b>	<b>PATIENT INEXISTANT</b>  Matricule patient inexistant Ce numéro matricule n'existe pas. Veuillez contrôler le numéro matricule et le nom du patient et faire la recherche du numéro matricule correct.
<b>110</b>	<b>MAT DESACT</b>  Matricule patient désactivé Le numéro matricule du patient est désactivé.
<b>117</b>	<b>DATE ORDONNANCE INVALIDE</b>  Veuillez contrôler la date d'ordonnance.

<b>119</b>	<b>PRESCRIPTEUR INEXISTANT</b>  Le code prescripteur saisi n'existe pas.
<b>132</b>	<b>CLASSE NON NUMERIQUE</b>  Dans la zone "classe" doit se trouver un chiffre numérique: 0 = traitement ambulatoire (défaut si pas rempli) 1 = première classe 2 = deuxième classe Veuillez contrôler et saisir le numéro exact.
<b>154</b>	<b>DATE ACCIDENT LE</b>  Date prestation avant date accident Concerne assurance accidents. La date de l'accident est antérieure à la date des prestations Veuillez contrôler la date des prestations sur les factures.
<b>155</b>	<b>UNO ET CHARGE ML</b>  Il existe une incohérence entre le type du fichier de facturation (Accident) et le type de la prise en charge.
<b>184</b>	<b>PRESCRIPTION DEUX ANS</b>  Prescription de deux ans
<b>202</b>	<b>HEURES INVERSEES</b>  L'heure fin doit toujours être supérieure à l'heure début (heure début dans zone "HEURE" et heure fin dans zone "TAUX").
<b>204</b>	<b>TARIF INEXISTANT</b>  Le tarif saisi est inexistant.
<b>207</b>	<b>BASE MANQUE</b>  Tarif invalide dans zone BASE Vous venez de saisir un tarif invalide dans la zone "BASE".
<b>210</b>	<b>PRISE EN CHARGE NON ACCORDEE</b>  La prise en charge n'a pas été accordée.
<b>211</b>	<b>PRISE EN CHARGE NON ACCORDEE</b>  La prise en charge n'est pas accordée pour tout le traitement.

<b>214</b>	<b>FIN HOPITAL</b>  Date fin de la prestation dépasse la prise en charge
<b>215</b>	<b>PATIENT HOSPITALISE</b>  Classe zéro et prise en charge présentée Il existe une prise en charge dans la fichier "PRISES EN CHARGE" pour la date prestation saisie.
<b>216</b>	<b>PRISE EN CHARGE MANQUE</b>  Classe différente de zéro et pas de prise en charge
<b>222</b>	<b>DELAI NON RESPECTE</b>  Délai non respecté
<b>265</b>	<b>PATIENT EN HOP DU JOUR</b>  Vous venez de saisir une prestation pour un patient traité en ambulatoire en place de surveillance. Au niveau de la saisie, la remarque 265 "Patient en hôpital de jour" est affichée dès que le système informatique détecte une prise en charge avec dans l'indicateur =P.
<b>269</b>	<b>CUMUL DEFENDU</b>  Vous venez de cumuler des entités fonctionnelles dont le cumul est défendu
<b>275</b>	<b>AUTORISATION MANQUE</b>  Les prestations J7, J8 et passage 12 en ambulatoire doivent être autorisées dans le fichier autorisation. La date prestation doit se trouver dans l'intervalle date-du et date-au.
<b>291</b>	<b>CHANGEMENT CATEGORIE</b>  L'assuré a changé de catégorie entre les différentes dates enregistrées. Veuillez scinder la facture en différent écrans.
<b>292</b>	<b>CUMUL DEFENDU</b>  Le cumul des positions prévues pour les différentes unités d'œuvres 01 (soins normaux) 02 (soins intensifs) et 35-37 (hôpital de jour) n'est pas possible.
<b>311</b>	<b>PATIENT EN HOP JOUR PSY</b>  Patient en hôpital de jour psychiatrique

<b>313</b>	<b>TITRE DE TROP</b>  Pour le passage 12 (kinésithérapie) le numéro de titre de prise en charge est seulement nécessaire pour les actes de kinésithérapeutes.
<b>315</b>	<b>DATE ORDONNANCE</b>  Date d'ordonnance invalide.
<b>319</b>	<b>DATE EXPIRATION</b>  Date expiration invalide
<b>326</b>	<b>INDIC ML AU LIEU DE MT</b>  L'enregistrement dans le fichier facturation est renseigné "ML" pour maternité. Cependant la prise en charge correspondante dans PEN2 est marqué comme hospitalisation.
<b>375</b>	<b>TYPE ADMIN ET PDC</b>  Le type admission dans le fichier de facturation ne correspond pas à la prise en charge correspondante
<b>401</b>	<b>CDE INDIVIDUEL PREST</b>  Le code individuel doit être utilisé comme prescripteur.
<b>416</b>	<b>NUMERO TITRE MANQUE</b>  Les prestations des kinésithérapeutes doivent être saisies avec le numéro titre.
<b>431</b>	<b>DELAI</b>  Vous venez de saisir le tarif pour le passage "Salles d'accouchement". Pour ce tarif un délai de 6 mois est prévu, or ce délai n'est pas respecté.
<b>445</b>	<b>MATERNITE IMPOSSIBLE</b>  Refus général d'une facture marqué par "MT" pour maternité. La personne assurée ne correspond pas aux critères suivantes : féminin, > 10 ans et < 60 ans
<b>463</b>	<b>PAS DE PRISE EN CHARGE</b>  Pas de prise en charge pour journées Vous venez de saisir un tarif concernant des frais de séjour. Pour ce tarif une prise en charge pour la même période et les mêmes heures ENTREE et SORTIE doit être enregistrée dans le fichier "PRISES EN CHARGE".

<b>467</b>	<b>SORTIE HOPITAL MANQUE</b>  La sortie de la prise en charge n'est pas encore enregistrée dans le fichier "PRISES EN CHARGE".
<b>517</b>	<b>INTERSECTION SEJOUR</b>  Vous avez saisi 2 prestations de frais de séjour sur le même écran de saisie. La date "AU" de la première ligne est la même que la date "DU" de la 2eme ligne.
<b>571</b>	<b>AGE</b>  Age invalide Vous venez de saisir un acte technique ou général pour une personne protégée pour laquelle l'âge ne répond pas aux critères énoncés par les différentes nomenclatures.
<b>596</b>	<b>PRESTATION DOUBLE</b>  Le même tarif a déjà été remboursé.
<b>626</b>	<b>A VERIFIER</b>  Vous venez de saisir une prestation qui se trouve déjà dans le fichier <HIS>. Veuillez vérifier le bien-fondé du remboursement et présenter le cas au CMSS.
<b>668</b>	<b>PRESC DATE ORDONNANCE</b>  Date de l'ordonnance Vous venez de saisir une facture sans saisir la date de l'ordonnance.
<b>815</b>	<b>TITRE SOINS PALLIATIFS</b>  Titre soins palliatifs manque
<b>876</b>	<b>PRESCRIPTEUR NON AUTORI</b>  Pour la date ordonnance saisie, le prescripteur n'a pas d'autorisation dans le fichier fournisseur.
<b>887</b>	<b>PRESCRIPTION &lt; ORDONNANCE</b>  Vous venez de saisir une date de prestation qui se situe avant la date de l'ordonnance.
<b>920</b>	<b>ENTITE 05 NON PERMISE</b>  Une prestation de laboratoire est considérée comme hospitalière, si elle est soit précédée d'une unité d'œuvre d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 24 heures, soit suivie d'une unité d'œuvre d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 2 heures.

<b>969</b>	<b>DATE FIN MANQUE</b>  Pour une entité fonctionnelle 01 ou 02, sauf pour la chimiothérapie, la date fin et l'heure fin de prestation manquent.
<b>970</b>	<b>DEBUT = FIN</b>  Pour une entité fonctionnelle 01 ou 02, sauf pour la chimiothérapie, la date début et l'heure début de prestation sont identiques à la date fin et à l'heure fin.
<b>991</b>	<b>TITRE INEXISTANT</b>  Ce numéro titre n'existe pas pour ce patient.
<b>993</b>	<b>TITRE EPUISE</b>  Toutes les prestations ont été liquidées pour ce tarif et ce titre
<b>994</b>	<b>TARIF NON AUTORISE</b>  TARIF NON AUTORISE
<b>999</b>	<b>TITRE NON VALABLE</b>  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 V - Codifications à utiliser dans le cadre des demandes et des déclarations :****Types d'admission**

Le type d'admission est à compléter aussi bien pour les traitements ambulatoires que pour les traitements stationnaires. Les codes alphabétiques utilisés pour documenter le type d'admission sont les suivants :

AP	Hospitalisation en vue d'une intervention chirurgicale comportant un acte médical soumis à un accord du CMSS
HE	Hospitalisation en cas d'un simple hébergement en application de l'article 17, alinéa 2 du code de la sécurité sociale
MT	Hospitalisation en vue d'un accouchement
ML	Hospitalisation en vue du traitement d'un cas de maladie
AD	Hospitalisation en relation avec un accident privé ne relevant pas de la compétence de l'assurance contre les accidents
CA	Chimiothérapie ambulatoire
AT	Hospitalisation en relation avec un accident industriel, agricole ou forestier, scolaire ou assimilé relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents
DG	Hospitalisation dans le cas d'un traitement de la compétence du Dommage de Guerre

**Mode d'entrée**

Les codes alphabétiques à utiliser pour documenter le mode d'entrée sont les suivants:

N	admissions non programmées
P	admissions programmées

## Annexe VI – Déclaration d'entrée

## Données : Déclaration d'entrée

Libellé des données	Définition
la date d'émission	Date à laquelle la déclaration est remplie comprenant le jour, le mois et l'année
le code de la clinique suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
La dénomination de l'établissement	Nom de l'hôpital
le nom du patient	
le(s) prénom(s) du patient	
le numéro matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
Le numéro d'admission du patient	Numéro attribué par l'établissement hospitalier
la date d'entrée	Le jour, mois et l'année d'admission jj/mm/aaaa
l'heure d'entrée	l'heure en heures et minutes hh :mm
le code suivi du check-digit et le nom du médecin traitant ayant admis le patient	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions plus 2 positions pour le check digit
le type d'admission	Code alphabétique à 2 positions Renseigne s'il s'agit d'une admission avec ACM/APCM, d'un cas d'hébergement, d'une admission en maternité, pour cause de maladie ou d'accident
le numéro et/ou la date de l'accident	A compléter uniquement s'il s'agit d'un accident relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents
le mode d'admission	Renseigne si l'admission est programmée ou non programmée
date de sortie estimée du patient	Jour, mois et année de la sortie estimée jj/mm/aaaa

Formulaire : Déclaration d'entrée

Code Clinique :

Date d'émission :

Dénomination de l'établissement hospitalier :

DECLARATION D'ENTREE (à adresser à la Caisse nationale de santé)

PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_
Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_
CP et Localité : \_\_\_\_\_

ASSURE

(à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_
Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_
CP et Localité : \_\_\_\_\_

DATE D'ENTREE

MEDECIN TRAITANT

DATE heure

Code Nom

TYPE D'ADMISSION

MALADIE

ACCIDENT

ACM ou APCM [ ] AP Date accident : \_\_\_\_\_
Hébergement [ ] HE N° accident : \_\_\_\_\_
Maternité [ ] MT
Maladie [ ] ML Accident ne relevant pas de la compétence de
l'assurance accident : [ ] AD

MODE D'ADMISSION (cocher la case qui convient)

Admission non programmée : [ ] N Admission programmée : [ ] P

Réservé à la CNS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_
Cachet/signature

**Annexe VII – Déclaration de transfert****Données : Déclaration de transfert**

<b>Libellé des données</b>	<b>Définition</b>
la date d'émission	Date à laquelle la déclaration est remplie comprenant le jour, le mois et l'année
le code de la clinique vers laquelle le patient est transféré suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
La dénomination de l'établissement	Nom de l'hôpital
le nom du patient	
le(s) prénom(s) du patient	
le numéro matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
Le numéro d'admission du patient	Numéro attribué par l'établissement hospitalier
la date	Le jour, mois et l'année du transfert jj/mm/aaaa
l'heure du transfert	L'heure en heures et minutes hh :mm
la date du retour du patient	Le jour, mois et l'année du retour jj/mm/aaaa
l'heure du retour du patient	l'heure en heures et minutes hh :mm
le code suivi du check-digit du médecin traitant ayant admis le patient	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions plus 2 positions pour le check-digit
Le nom du médecin traitant ayant admis le patient	

Formulaire : Déclaration de transfert

Code Clinique :

Date d'émission :

Dénomination de l'établissement hospitalier:

DECLARATION DE TRANSFERT  
(à adresser à la Caisse nationale de santé)

**PATIENT**

Nom :	_____	Matricule patient :	_____
Prénom(s) :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Numéro d'admission :	_____
CP et Localité :	_____		_____

**ASSURE** (à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom :	_____	Matricule patient :	_____
Prénom(s) :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Numéro d'admission :	_____
CP et Localité :	_____		_____

**DATE D'ENTREE**

**DATE DE SORTIE**

DATE	heure	DATE	heure
------	-------	------	-------

**Médecin Traitant**

Code : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

**Réservé à la CNS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Cachet/signature

## Annexe VIII – Déclaration de sortie

## Données : Déclaration de sortie

Libellé des données	Définition
la date d'émission	Date à laquelle la déclaration est remplie comprenant le jour, le mois et l'année
le code de l'établissement suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
La dénomination de l'établissement	Nom de l'hôpital
le nom du patient	
le(s) prénom(s) du patient	
le numéro matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
Le numéro d'admission du patient	Numéro attribué par l'établissement
Les dates des période(s) accordée(s) depuis l'admission	Le jour, mois et l'année jj/mm/aaaa
heures des période(s) accordée(s) depuis l'admission	L'heure en heures et minutes hh :mm
pour chacune des périodes d'hospitalisation accordées depuis l'admission :  le code suivi du check-digit du médecin en fonction du changement du médecin traitant,	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
pour chacune des périodes d'hospitalisation accordées depuis l'admission :  le nom du médecin en fonction du changement du médecin traitant.	

**Formulaire : Déclaration de sortie**

Code Clinique :

Date d'émission :

Dénomination de l'établissement hospitalier :

**DECLARATION DE SORTIE**  
(à adresser à la Caisse nationale de santé)

**PATIENT**

Nom :	_____	Matricule patient :	_____
Prénom(s) :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Numéro d'admission :	_____
CP et Localité :	_____		_____

**ASSURE**

(à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom :	_____	Matricule patient :	_____
Prénom(s) :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Numéro d'admission :	_____
CP et Localité :	_____		_____

**PERIODES DE SEJOUR**

DU		AU	
DATE	heure	DATE	heure

**MEDECIN TAITANT**

CODE	NOM
------	-----

Réservé au CMSS

Réservé à la CNS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Date : \_\_\_\_\_  
Cachet/signature

Date : \_\_\_\_\_  
Cachet/signature

**Annexe IX – Déclaration de changement de médecin traitant****Données : Déclaration de changement de médecin traitant**

<b>Libellé des données</b>	<b>Définitions</b>
la date d'émission	Date à laquelle la déclaration est remplie comprenant le jour, le mois et l'année
le code de la clinique suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
La dénomination de l'établissement	Nom de l'hôpital
le nom du patient	
le(s) prénom(s) du patient	
le numéro matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
le code suivi du check-digit de l'ancien médecin traitant	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions
le nom de l'ancien médecin traitant	
Spécialité de l'ancien médecin traitant	Domaine de compétence du médecin
le code suivi du check-digit du nouveau médecin traitant	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions
le nom du nouveau médecin traitant	
Spécialité du nouveau médecin traitant	Domaine de compétence du médecin

**Formulaire : Déclaration de changement de médecin traitant**

Code Clinique :

Date d'émission :

Dénomination de l'établissement hospitalier :

**DECLARATION DE CHANGEMENT DE MEDECIN TRAITANT**  
(à adresser à la CNS)

---

**PATIENT**

Nom :	_____	Matricule patient :	_____
Prénom(s) :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Numéro d'admission :	_____
CP et Localité :	_____	Localité :	_____

---

**ANCIEN MEDECIN**

Nom :	_____
Spécialité :	_____
Code Médecin :	_____

---

**NOUVEAU MEDECIN**

Nom :	_____
Spécialité :	_____
Code Médecin :	_____

---

**Signature du nouveau médecin traitant**

\_\_\_\_\_, le .....

cachet/signature

**Annexe X – Demande initiale de rééducation stationnaire ou ambulatoire****Données : Demande de rééducation**

<b>Libellé des données</b>	<b>Définitions</b>
Date d'établissement de la demande	Devra correspondre à la date d'envoi du fichier
le code de l'établissement suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
Nom de la personne protégée	
Prénom de la personne protégée	
Matricule de la personne protégée	Identifiant unique à 13 positions
Date d'entrée	Jour, mois et année jj/mm/aaaa
Heure d'entrée	l'heure en heures et minutes hh :mm
Code suivi du check-digit du médecin traitant	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions et 2 positions pour le check-digit
Nom du médecin traitant	
Type d'admission	Maladie (ML) ou Accident (AT)
Type de traitement	stationnaire ou ambulatoire
Nature du traitement	Rééducation fonctionnelle et réadaptation ; Rééducation gériatrique ; Rééducation cardiaque.

**Formulaire : demande de rééducation**

Code clinique :

Dénomination de l'établissement hospitalier :

Date d'émission :

<b>ACM/APCM OBLIGATOIRE</b>	<b>DEMANDE INITIALE DE REEDUCATION</b>
-----------------------------	--

(à adresser à la Caisse nationale de santé)

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Assuré** (à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Date d'entrée**

**Médecin traitant**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

**Type d'admission** (cocher la case qui convient)

Maladie :  ML                      Accident :  AT  
 (industriel/agricole/forestier/scolaire)  
 Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 N° accident : \_\_\_\_\_

Nature du traitement	Ambulatoire (APCM)	Stationnaire (ACM)
Rééducation fonctionnelle et Réadaptation : Nbr de séances par semaines : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation Gériatrique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation Cardiaque :	<input type="checkbox"/>	Pas prévu
Durée d'autorisation demandée	_____ (max. 2 mois)	_____ (max. 30 jours)

**Signature du médecin traitant**

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Cachet/Signature

**Réservé au CMSS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Cachet/Signature

**Annexe XI - Demande de prolongation de rééducation stationnaire / ambulatoire****Données : Demande de prolongation de rééducation**

<b>Libellé des données</b>	<b>Définitions</b>
Date d'établissement de la demande	Devra correspondre à la date d'envoi du formulaire
le code de l'établissement suivi du check-digit	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
Nom de la personne protégée	
Prénom de la personne protégée	
Matricule de la personne protégée	Identifiant unique à 13 positions
Date d'entrée	Jour, mois et année jj/mm/aaaa
Heure d'entrée	l'heure en heures et minutes hh :mm
Code du médecin traitant	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions pour le code de la clinique et 2 positions pour le check-digit
Nom du médecin traitant	
Type d'admission	Maladie (ML) ou Accident (AT)
Type de traitement	stationnaire ou ambulatoire
Nature du traitement	Rééducation fonctionnelle et réadaptation ; Rééducation gériatrique ; Rééducation cardiaque.
pour chacune des périodes d'hospitalisation accordées depuis l'admission et le nom du médecin en fonction d'éventuels changements du médecin traitant	
les dates et heures de la ou des période(s) accordée(s) depuis l'admission	Date de début et date de fin de chaque période d'hospitalisation consécutive depuis la déclaration d'entrée
le code suivi du check-digit du médecin traitant	Code fournisseur attribué par la CNS sur 6 positions
le nom du médecin traitant	
Numéro accident	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 du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents.

**Formulaire : Demande de prolongation de rééducation**

Code clinique :

Dénomination de l'établissement hospitalier:

Date d'émission :

**ACM/APCM OBLIGATOIRE**

**DEMANDE DE PROLONGATION DE REEDUCATION**

(à adresser à la Caisse nationale de santé)

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Assuré** (à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Périodes de traitement antérieures à la prolongation**

**Médecin traitant**

Du	Au		
Date : _____ Heure : _____	Date : _____ Heure : _____	Code : _____	Nom : _____
Date : _____ Heure : _____	Date : _____ Heure : _____	Code : _____	Nom : _____
Date : _____ Heure : _____	Date : _____ Heure : _____	Code : _____	Nom : _____

Nombre de journées de traitement depuis l'admission jusqu'à la prolongation :

Date début de la prolongation :

Nature du traitement	Ambulatoire (APCM)	Stationnaire (ACM)
Rééducation fonctionnelle et réadaptation : Nbr de séances par semaines : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation Gériatrique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation Cardiaque :	<input type="checkbox"/>	Pas prévu
Durée d'autorisation demandée	_____ (max. 2 mois)	_____ (max. 30 jours)

Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_, le .....

Cachet/Signature

Réservé au CMSS

Date : \_\_\_\_\_

Cachet/Signature

**Annexe XII : Fichier facturation de l'activité extrahospitalière de la pharmacie**

	ZONE		Position	BYTES	FORMAT
1	VERSION ENREGISTREMENT		1	1	VALID INTEGER = 2 = version euro
2	TYPE ENREGISTREMENT		2	2	Alphabétique et/ou SPACES Tableau 3.2
3	CODE FOURNISSEUR	Code identifiant le fournisseur	4	6	VALID INTEGER et commençant par 8
4	DATE DU DECOMPTE	Date définie par le fournisseur	10	8	VALID DATE Type : Date AAAAMMJJ valable
5	NUMERO DE L'ORDONNANCE	Numéro unique pour une Date prestation et un Code fournisseur donné, attribué par le système informatique du fournisseur	18	15	VALID INTEGER
6	MATRICULE SIGNALETIQUE DU PATIENT		33	13	VALID INTEGER Type : Matricule AAAAMMJJXC avec checkdigit « C » valable
7	DATE ORDONNANCE	Date attribuée par le prescripteur le jour de l'établissement de l'ordonnance	46	8	VALID DATE Type : Date AAAAMMJJ valable
8	CODE PRESCRIPTEUR	Code identifiant le prescripteur	54	8	VALID INTEGER et commençant par 9 ou 3
9	DATE PRESTATION		62	8	VALID DATE

		Date de délivrance d'un ensemble de prestations, attribué par fournisseur			Type : Date AAAAMMJJ valable
10	HEURE DE DELIVRANCE	Heure de délivrance d'un ensemble de prestations, attribué par fournisseur	70	4	VALID TIME
					Type : Heure HHMM valable
11	DATE D'EXPIRATION	attribué par le prescripteur ou en cas d'omission attribué par le fournisseur en fonction des statuts en vigueur	74	8	VALID DATE
					Type : Date AAAAMMJJ valable
12	TITRE DE PRISE EN CHARGE	numéro unique pour un matricule donné, attribué par le service autorisations et liquidation CNS	82	4	VALID INTEGER
					Pas de SPACES
					Numéro indiqué sur le titre de prise en charge
13	NUMERO NATIONAL OU CODE HONORAIRES	Code identifiant la prestation	86	10	VALID INTEGER
					7 chiffres obligatoires cadré gauche suivi de blanc
14	QUANTITE	nombre égal au multiple de prestations spécifiques délivrées	96	3	VALID INTEGER
					Pas de SPACES
					Nombre d'emballages
15	RESERVE FILLER		99	4	
16	N° DE DELIVRANCE SUCCESSIVE	Nombre spécifiant si le document introduit à la CNS est l'original ou s'il s'agit d'une copie et si oui de laquelle	103	2	VALID INTEGER
					Pas de SPACES
					01,02, etc (01 = originale, 02 = 1ère copie 03,04 pour chaque délivrance successive)
17	RESERVE FILLER		105	1	

18	MONTANT BRUT TTC	Montant brut de l'ensemble d'une ligne	106	7	VALID INTEGER	
					Pas de SPACES	
					(AI-A2 prix public tva comprise, BI-A2 prix facturé à l'assuré)	
19	MONTANT CNS NET TTC	Participation CNS sur MONTANT BRUT TTC	113	7	VALID INTEGER	
					Pas de SPACES	
					(AI-A2 remboursement	
					statutaire 0/40/80/100%. BI-A2 prix de remboursement maximal)	
20	NUMERO ACCIDENT DU TRAVAIL	attribué par Assurance accident	120	10	Alphanumérique	
					U ou L puis numéro d'accident de 9 bytes	
					si vide alors 10 SPACES	
					U =accident professionnel	
					L=accident agricole	
21	DATE ACCIDENT	attribué par Assurance accident	130	8	VALID DATE	
					Type : Date AAAAMMJJ valable	
					si vide alors 10 SPACES	
	Total BYTES			137		

Chaque enregistrement est terminé par CR oD hex) et NL (Oahex)

\*pour les zones non obligatoires les bytes sont remplis par ZEROES

Erreur syntaxique = refus de l'UT

Une erreur des valeurs uniques pour une UT = refus de l'UT

UT = Unité de Traitement

Prix public TTC = prix unitaire d'un médicament ou d'un honoraire ou prix de référence d'un dispositif médical pour un N° national donné

**Annexe XIII – Relevé médicaments, implants, prothèses, transplants et frais connexes à coût élevé (Annexe XIII)**

**Règles de nommage du fichier**

Voir annexe II du présent cahier des charges

**Données à reprendre dans le fichier**

Libellé des données	Définitions
Date	Date de la délivrance
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions
Nom prescripteur	Nom et prénom du prescripteur
Matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
Nom du patient	Nom et prénom du patient
Dénomination	Dénomination de l'article délivré au patient dans la liste positive
Numéro national	Numéro national de l'article délivré au patient dans la liste positive
Unités par emballage	Nombre d'unités par emballage
Quantité	Quantité d'unités facturées
Prix HTVA	Prix total sans taxes
Prix TTC	Prix total avec tous les taxes (TVA)
Remarque	Case libre pour une remarque de l'hôpital

**Layout du tableau Excel**

Mois Année

Date	Code prestataire	Nom du prescripteur	Matricule patient	Nom du patient	Dénomination	Numéro national	Unités par emballage	Quantité	Prix HTVA	Prix TTC	Remarque
------	------------------	---------------------	-------------------	----------------	--------------	-----------------	----------------------	----------	-----------	----------	----------

**TOTAL      0,00                      0,00**

**Annexe XIV – Liste des médecins agréés par établissement hospitalier****Règles de codage**

1. Chaque fichier couvre une période de 6 mois (01/01 au 30/06 ou 01/07 au 31/12).

2. Chaque établissement transmet un seul fichier pour la période concernée :

- avant le 30/09 pour le fichier couvrant le 1er semestre de l'année en cours
- avant le 31/03 pour le fichier couvrant le 2ème semestre de l'année précédente

3. Date "Du"

Si la date de début de l'agrément est antérieure à la date de début de la période concernée; alors mettre la date de début de la période concernée ;

Si non, mettre la date effective du début de l'agrément (comprise entre la date de début et de fin de la période concernée).

4. Date "Au"

Si la date de fin de l'agrément est postérieure à la date de fin de la période concernée ; alors mettre la date de fin de la période concernée ;

Si non, mettre la date effective de fin de l'agrément (comprise entre la date de début et de fin de la période concernée).

5. Interruption et reprise d'un agrément au cours de la période concernée

Si, pour un médecin donné, son agrément prend fin pendant la période concernée et qu'un nouvel agrément lui est donné avant la fin de la période concernée, alors pour ce médecin, il y aura autant de lignes dans le fichier que de périodes d'agrément non interrompues.

**Semestre concerné :**

Année/Semestre
----------------

**Liste des médecins agréés :**

<b>Etablissement</b>	<b>Code médecin</b>	<b>Du</b>	<b>Au</b>
70XXXXXX	90XXXXXX	YYYYMMDD	YYYYMMDD

**Annexe XV – Relevé des actes prestés aux patients dans les établissements hospitaliers par les médecins y agréés**

**Données : Relevé des actes prestés aux patients dans les établissements hospitaliers par les médecins y agréés**

<b>Libellé des données</b>	<b>Définitions</b>
Matricule du patient	Identifiant unique à 13 positions
Lien PEC Premier Dernier Jour	Indication s'il s'agit du premier ou dernier jour du séjour
Date	Date de la prestation
Nomenclature Lib	Acte de la nomenclature des médecins (MEDECINS) ou unité d'œuvre facturé (ENTITE FONCTIONNELLE)
Acte CD	Code de l'acte de la nomenclature des médecins ou numéro de l'entité fonctionnelle
Acte Designation	Libellé de l'acte de la nomenclature des médecins ou numéro de l'entité fonctionnelle
Code Suffixe	Code suffixe du code de la nomenclature des médecins
Nombre	Nombre d'actes ou d'unité d'œuvre facturés
Grand Total	Total pour le nombre

**Tableau : Relevé des actes prestés aux patients dans les établissements hospitaliers par les médecins y agréés**

Matricule du patient

Lien PEC Premier Dernier Jour	Date	Nomenclature Lib	Acte CD	Acte Designation	Code Suffixe	Nombre
<b>Grand Total</b>						

**Annexe XVI – Suivi budgétaire mensuel des frais variables**

**Suivi budgétaire mensuel des Frais Variables**

Entité fonctionnelle

aaaa	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Tarif de FV total													
% de FVD													
Tarif de FVD													
Activité totale budgetisée													
Activité prévue													
Activité réelle													
Total FVD													
FVD / Passage													
Ecart tarif / passage													
Résultat													
Ecart tarif / passage en %													

**Annexe XVII – Suivi budgétaire mensuel du nombre d’ETP**

Suivi du nombre d'ETP		Budget	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Salarié CA1	CA1													
Salarié CS2	CS2													
Aide-soignant	CS4(bis/ter)													
Educateur	CS6													
Infirmier	CS7													
ATM Laboratoire	CS7													
Inf. Psychiatrie	CS8(bis/ter)													
Inf. Pédiatrie	CS8(bis/ter)													
ATM Chirurgie	CS8(bis/ter)													
ATM Radiologie	CS8(bis/ter)													
Inf. Anesthésiste	CS8(bis/ter)													
Sage-femme	CS8(bis/ter)													
Educ. gradué dipl.	CS9													
Inf. hosp. gradué	CS9													
Laborantin	CS9													
Diététicien	CS9													
Ergothérapeute	CS9													
Psychomotricien	CS9													
Assist. hyg. social	CS9													
Assistant social	CS9													
Ortophoniste	CS9													
Kinésithérapeute	CS9													
Autres	CS9													
Salarié CS10	CS10													
Salarié CA2	CA2													
Salarié CA3	CA3													
Salarié CA3bis	CA3bis													
Salarié CA4	CA4													
Salarié CA5	CA5													
Salarié CA6	CA6													
Salarié CA7	CA7													
Salarié CA8	CA8													
Salarié CA9	CA9													
Salarié CA10	CA10													
Autres hors CCT														
Total														

## Annexe XVIII – Suivi budgétaire trimestriel des frais fixes

Suivi budgétaire frais fixes de l'année

Le montant budgétisé respectivement réel correspond toujours au total hors FFD non-opposables donc tel que retenu dans l'exposé des motifs

aaaa	Mars			Juin			Septembre			Décembre		
	Budget	Réel	Différence	Budget	Réel	Différence	Budget	Réel	Différence	Budget	Réel	Différence
Consommation fixe			0			0			0			0
Autres charges externes			0			0			0			0
Frais de personnel			0			0			0			0
Amortissements			0			0			0			0
Autres charges d'exploitation			0			0			0			0
Charges financières			0			0			0			0
Subventions d'exploitation			0			0			0			0
Amortissement des subventions d'investissement			0			0			0			0
<b>Total frais fixes directs</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Annexe XIX : Liste des codes prestataires des médecins

### Prestataires sélectionnés

Le fichier XML contient tous les prestataires qui remplissent les deux conditions suivantes :

- Une catégorie, une spécialité ou une activité valide du prestataire lui donne droit de prescrire :
  - (Catégorie MED (Médecins) ou Z0 (Médecin-dentiste) ou Z2 (Médecin-dentiste spécialiste en orthodontie) ou Z3 (Médecin-dentiste spécialiste en chirurgie buccale)) et (début catégorie ≤ date d'établissement ≤ fin catégorie)
  - OU (Activité A1 (Médecin en formation spécifique en médecine générale) ou A2 (Médecin en formation spécifique en médecine générale remplaçant) ou A3 (Médecin en formation de spécialisation) ou A4 (Médecin-dentiste en formation de médecin-dentiste) ou A5 (Médecin-dentiste en formation de médecin-dentiste remplaçant)) et (début activité ≤ date d'établissement ≤ fin activité)
- Le prestataire n'est pas une association

### Données reprises par prestataire

- Code prestataire (8 positions)
- Nom
- Prénom
- Adresse
  - Numéro
  - Rue
  - Boite postale
  - Code postale
  - Localité
  - Pays (Code ISO 2)
- Catégories
  - Pour chaque catégorie inclure :
    - Code
    - Début validité (**seulement s'il n'y pas de spécialité pour la catégorie**)
    - Fin validité (**seulement s'il n'y pas de spécialité pour la catégorie**)
    - Spécialités
      - Pour chaque catégorie inclure :
        - Code
        - Début validité
        - Fin validité
- Activités
  - Pour chaque activité inclure :
    - Code
    - Début validité
    - Fin validité

Le fichier XSD qui décrit le fichier XML utilisé par la CNS pour la transmission de la liste des codes prestataires des médecins prescripteurs est publiée sur le site internet de la CNS.

**ANNEXE XX - Réhabilitation physique et post-oncologique : demande de prise en charge**

Centre de Réhabilitation du Château de Colpach

**Demande de prise en charge**  
(à adresser à la Caisse Nationale de Santé)

Code clinique : 701425-18

Date d'émission : ...../...../.....

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Assuré** (à compléter uniquement en cas de défaut des données complètes du patient)

Nom : \_\_\_\_\_ Matricule patient : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'admission : \_\_\_\_\_  
 CP et Localité : \_\_\_\_\_

**Date d'entrée**

**Médecin traitant**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

**Type d'admission** (cocher la case qui convient)

Maladie :  ML                      Accident :  AT

Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 N° accident : \_\_\_\_\_

Le patient n'a pas bénéficié d'un séjour antérieur (au cours de l'année calendaire) au CRCC pour le même motif. (à indiquer uniquement à partir du deuxième séjour)

**Nature du traitement**

**Durée prévisible**  
(max. 30 jours)

Réhabilitation physique :  
 Réhabilitation post - oncologique

Nombre de jours : \_\_\_\_\_

**Signature du médecin traitant avec validation du respect des délimitations prévues à l'art. 82 des statuts de la CNS**

\_\_\_\_\_, le .....

Cachet/Signature

Annexe XXI : Réhabilitation physique et post-oncologique : Relevé journalier des entrées et sorties

Personne protégée		Entrées journaliers		Nature du traitement		Médecin	Remarques
Numéro d'identification unique de la personne protégée	Nom et prénom de la personne protégée	Date entrée	Heure d'entrée	Réhabilitation physique	Réhabilitation post-oncologique	Code prestataire du médecin traitant	

Personne protégée		Sorties journaliers		Nature du traitement		Médecin	Remarques
Numéro d'identification unique de la personne protégée	Nom et prénom de la personne protégée	Date sortie	Heure de sortie	Réhabilitation physique	Réhabilitation post-oncologique	Code prestataire du médecin traitant	

**Annexe XXII : Relevé individuel des séjours stationnaires et de jour****I. Définition des variables et modalités de codage à transmettre à la CNS<sup>1</sup>**

1. Identification de l'établissement hospitalier
  - a. Code fournisseur : code numérique repris au tableau i) du chapitre IV
2. Identification du patient / du nouveau-né
  - a. Matricule : pour les personnes protégées le numéro de matricule au format AAAAMMJJXXC<sub>1</sub>C<sub>2</sub>, et pour les personnes non visées le matricule générique 7000010105084
  - b. Sexe déclaré à l'état civil : « M » s'il s'agit d'un sujet de sexe masculin, « F » s'il s'agit d'un sujet de sexe féminin, « U » si l'information n'est pas connue
  - c. Date de naissance : pour les personnes protégées selon les informations présentes sur la carte d'identité ou le passeport au format AAAAMMJJ. Pour les personnes non-visées AAAA0101.
  - d. Pays de résidence : indication du pays de résidence suivant la codification internationale des pays à deux lettres définies suivant la norme ISO 3166-1 alpha 2. "LU" si l'information n'est pas connue.
  - e. Code postal de résidence selon le format du pays de résidence, non précédé par la lettre du pays. 0000 pour les patients RCAM, 0001 pour les personnes non visées et 0002 pour les sans-abris.
  - g. Âge en jours : Identifier l'âge d'un nourrisson à l'entrée sous forme d'une valeur numérique entre 0 et 365
  - h. Matricule de la mère : Identifier la mère d'un nouveau-né en indiquant le numéro de matricule au format AAAAMMJJXX C1C2 pour les personnes protégées, et pour les personnes pour les personnes non visées le matricule générique 7000010105084
3. Données sur l'admission du patient
  - a. Numéro d'admission : numéro décerné au séjour du patient par l'établissement, code alphanumérique à 9 caractères (le numéro doit être préfixé d'un ou de plusieurs 0 si le numéro utilisé en interne dispose de moins de 9 caractères)
  - b. Date d'admission : date au format AAAAMMJJ
  - c. Heure d'admission : heure au format hhmm
  - d. Mode d'admission :
    - « P » : admission programmée : il s'agit d'un séjour enregistré au service des admissions de l'établissement hospitalier au moins 24 heures avant l'admission physique effective du patient dans l'établissement
    - « N » : admission non-programmée : il s'agit d'un séjour non-prévu ou prévu dans les 24 heures précédant l'arrivée du patient dans l'établissement

---

<sup>1</sup> Numérotation suivant le document « Modalités de codage pour les données sur les séjours hospitaliers » avec omission des variables non destinées à la CNS.

- e. Provenance du patient : code alphanumérique repris au tableau ii) du chapitre IV
- f. Code de l'établissement de provenance : code alphanumérique repris au tableau iii) du chapitre IV (à indiquer si la variable « Provenance du patient » = H0 ou H1 ou H2 ou H3 ou H4)
- g. Modalité d'entrée : indication d'un code à deux caractères selon les modalités suivantes
- « AI » Service hélicoptéré médicalisé / Air Rescue
  - « SA » Service d'aide médicale urgente
  - « AM » Ambulance, services de secours non-médicalisés
  - « MP » Arrivée à l'établissement par moyens personnels
  - « AT » Autre modalité, dont admission sous contrainte
  - « NN » Né à l'hôpital
- i. Passage par le service d'urgence : « 1 » si le patient est passé par le service d'urgence, « 0 » dans le cas contraire.
- j. Code médecin individuel : identifier le médecin traitant hospitalier (responsable pour l'hospitalisation du patient) selon le code numérique individuel attribué à chaque médecin par la CNS
4. Données sur la sortie du patient
- a. Date de sortie : date au format AAAAMMJJ
- b. Heure de sortie : heure au format hhmm
- c. Modalité de sortie : code numérique à 2 chiffres repris au tableau iv) du chapitre IV. A noter que le code 7 prime sur tous les autres codes en cas de conflit.
- d. Code de l'établissement de destination de sortie : définir le site hospitalier de destination du patient par indication du code alphanumérique repris au tableau iii) du chapitre IV, le code est à indiquer uniquement si la valeur de "Modalité de sortie" est 2 ; 51; 62; 63 ou 65
5. Données relatives aux services ayant pris en charge le patient, à indiquer pour chaque service qui prend en charge le patient au cours du séjour
- a. Date du début de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
- b. Heure du début de la prise en charge : heure au format hhmm
- c. Date de la fin de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
- d. Heure de la fin de la prise en charge : heure au format hhmm
- e. Type de service hospitalier assurant la prise en charge : indication du code à 4 caractères repris au tableau v) du chapitre IV
- f. Code site hospitalier : indication du site hospitalier dans lequel le service se situe selon la table iii) du chapitre IV
8. Données sur les diagnostics, à coder selon les règles du manuel de codage ICD-10-BE :

- a. Diagnostic principal : code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition du diagnostic principal suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE
- b. Diagnostics secondaires : code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition des diagnostics secondaires suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE, à indiquer pour tous les diagnostics secondaires
- c. Présent à l'admission : « Y » pour chaque diagnostic qui était présent au moment de l'admission du patient, « N » dans le cas contraire, « E » pour les diagnostics pour lesquels la notion de présent à l'admission n'est pas applicable selon les règles de codage. A indiquer pour tous les diagnostics (aussi bien pour les diagnostics principaux que pour les diagnostics secondaires).

10. Résultats du groupage en APR-DRG, à indiquer pour chaque séjour :

- a. DRG : code à 3 caractères représentant le groupe DRG dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- b. Major disease category : code à 3 caractères représentant la « Major disease category » dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- c. Severity of Illness : code numérique selon la table viii) représentant la sévérité d'une maladie dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- d. Risk of Mortality : code numérique selon la table viii) représentant le risque de mortalité dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- e. DRG à l'admission : code à 3 caractères représentant le groupe DRG à l'admission dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- f. Major Disease Category à l'admission : code à 3 caractères représentant la « Major disease category » à l'admission dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- g. Severity of Illness à l'admission : code numérique selon la table viii) représentant la sévérité d'une maladie à l'admission dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- h. Risk of Mortality à l'admission : code numérique selon la table viii) représentant le risque de mortalité à l'admission dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
- i. Medical/Surgical : Définir si un séjour est classé en médecine ou chirurgie selon la norme suivante (résultat du groupage APR-DRG) :
  - « 1 » - pour les séjours classés en médecine
  - « 2 » - pour les séjours classés en chirurgie
  - « 0 » - pour les séjours classés ni en médecine, ni en chirurgie

## II. Tableaux de l'annexe XXII

**Table i) Codes fournisseur des établissements hospitaliers**

Établissement hospitalier	Code
CHL	70100179
CHEM	70101189
CHNP	70131101
HIS	70126148
BACLESSE	70135040
INCCI	70125037
Rehazenter	70140801
CHdN	70105031
OMEGA90	70128067
HRS	70129077
CRCC	70142518

**Table ii) Provenance du patient**

Code	Libellé
D0	Domicile et assimilable (amis, famille ...)
D1	Voie publique
D2	Lieu dédié au sport (stade, gymnase, piscine, piste de ski, parcours santé, ...)
D3	Lieu de travail
D4	Structure scolaire ou d'enseignement
D5	Autre lieu accessible au public (gare, salle de spectacle, restaurant, ...)
D9	Autre
DX	Non connu
	CIPA, maison de soins, logements encadrés, foyers et autres institutions de
E0	long séjour
E1	Lieu de détention
N0	Nouveau-né, né à l'hôpital
N1	Nouveau-né, né hors de l'hôpital
H0	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de soins aigus
H1	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de moyen séjour
H2	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de longue durée
	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service ne disposant pas de lit
H3	hospitalier
H4	Etablissement de soins étranger

<b>Table iii) Code des établissements et des sites hospitaliers</b>		
<b>Établissement hospitalier</b>	<b>Site hospitalier</b>	<b>Code</b>
CHEM	Esch-sur-Alzette	A1
	Dudelange	A2
	Nieder Korn	A3
	Site inconnu	A0
CHL	CHL-Centre	B1
	CHL-Maternité	B3
	CHL-Kannerklinik	B4
	CHL-Eich	B2
	Site inconnu	B0
HRS	Hôpital Kirchberg	C1
	Clinique privée Dr E. Bohler	C2
	Zithaklinik	C3
	Clinique Ste Marie	C4
	Site inconnu	C0
CHdN	Ettelbruck	D1
	Wiltz	D2
	Site inconnu	D0
INCCI	INCCI - Luxembourg	E1
CFB	CFB - Esch-sur-Alzette	F1
CNRFR	CNRFR - Luxembourg	G1
CHNP	CHNP - Ettelbruck	H1
HIS	HIS - Steinfort	I1
CRCC	CRCC - Colpach	J1
CTH	CTH - Mondorf	K1
Maison Omega	Haus Omega	L1
Hôpital de soins aigus situé à l'étranger		X1
Hôpital de moyen séjour ou de longue durée situé à l'étranger		Y1

**Table iv) Modalité de sortie**

Code	Modalité	Correspondance grouper APR-DRG
1	Domicile	Home, Self Care
2	Hôpital aigu	Short Term hospital
3	CIPA et maisons de soins	Skilled nursing facility (SNF)
4	Foyer / habitation protégée	Disch./transfer to facility providing custodial or supportive care
6	Réseau de soins à domicile	Home Health Service
7	Contre avis médical	Against Medical Advice
20	Décédé	Expired
50	SP domicile	Hospice - Home
51	SP hôpital	Hospice - Medical Facility
62	Rééducation et réhab.	Rehab Facility/Rehab Unit
63	Lit de longue durée	Long Term Care Hospital
65	Psychiatrie	Psych Hospital / Unit
70	Prison / internement	Other institution
95	Prison / internement	Other institution with planned readmission

**Table v) : Type de service selon la loi hospitalière**

Service spécialisé	Code
Cardiologie	MCAR
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque	CICC
Chirurgie esthétique	CEST
Chirurgie pédiatrique	CPED
Chirurgie plastique	CPLA
Chirurgie vasculaire	CVAS
Chirurgie viscérale	CVIS
Dialyse	MDIA
Gastroentérologie	MGAS
Gériatrie aiguë	MGER
Gynécologie	GYNE
Hémato-oncologie	MHON
Hospitalisation de jour chirurgicale	CHDJ
Hospitalisation de jour non chirurgicale	MHDJ
Hospitalisation de longue durée médicale	HLDM
Hospitalisation de longue durée psychiatrique	HLDP
Imagerie médicale	IMAG
Immuno-allergologie	MIMA
Maladies infectieuses	MINF
Médecine de l'environnement	MENV
Médecine interne Générale	MINT
Néonatalogie intensive	SINN
Néphrologie	MNEP
Neurochirurgie	CNEU

Neurologie	MNEU
Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)	MNVA
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2)	MNVB
Obstétrique	OBST
Oncologie	MONC
Ophtalmologie spécialisée	COPH
ORL	CORL
Orthopédie	CORT
Pédiatrie de proximité	PEDP
Pédiatrie spécialisée	PEDS
Pneumologie	MPNE
Procréation médicalement assistée	PMA
Psychiatrie aiguë	PSYA
Psychiatrie infantile	PSYI
Psychiatrie juvénile	PSYJ
Radiothérapie	RADT
Rééducation fonctionnelle	REFO
Rééducation gériatrique	REGE
Réhabilitation physique	REPH
Réhabilitation post-oncologique	REPO
Réhabilitation psychiatrique	REPY
Soins intensifs et anesthésie	SIAN
Soins intensifs pédiatriques	SIPE
Soins palliatifs	SPAL
Traumatologie	CTRA
Urgence	URGE
Urgence pédiatrique	URGP
Urologie	CURO

**Table vi) : Spécialités en médecine reconnues au Luxembourg**

Spécialités en médecine	Code
Anesthésiologie	B0
Allergologie	F3
Anatomie pathologique	C1
Biologie clinique	C0
Cardiologie	D0
Chimie biologique	C2
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale (formation médicale de base et formation dentaire)	E6
Chirurgie des vaisseaux	E3
Chirurgie plastique	E2
Chirurgie gastro-entérologique	E7
Chirurgie générale	E0
Chirurgie maxillo-faciale (formation de base de médecine)	E5

Chirurgie pédiatrique	E4
Chirurgie thoracique	E1
Dermatologie	F1
Dermato-vénérologie	F0
Endocrinologie	H0
Gastro-entérologie	I0
Gériatrie	A5
Gynécologie et obstétrique	J0
Hématologie biologique	C3
Hématologie générale	K0
Immunologie	L2
Maladies contagieuses	L3
Médecine génétique	L5
Médecine interne	L0
Médecine du travail	MT
Médecine nucléaire	G1
Médecine physique et réadaptation	Q0
Médecine tropicale	L6
Microbiologie-bactériologie	C4
Néphrologie	L1
Neurochirurgie	M0
Neurologie	O0
Neurophysiologie clinique	O1
Neuropsychiatrie	N0
Oncologie médicale	L4
Ophtalmologie	R0
Orthopédie	S0
Oto-rhino-laryngologie	T0
Pédiatrie	U0
Pharmacologie	C7
Pneumologie	V0
Psychiatrie	P0
Psychiatrie infantile	P1
Radiodiagnostic	G0
Radiologie	G3
Radiothérapie	G2
Rhumatologie	W0
Santé publique et médecine sociale	SP
Traumatologie et médecine d'urgence	S1
Urologie	X0
Vénérologie	F2
Médecin généraliste	A0
<b>Spécialités en médecine dentaire reconnues au Luxembourg</b>	
Orthodontie	Z3

Chirurgie buccale	Z2
Médecin dentiste	Z0
Stomatologie	Z1
Inconnu	XX

**Table vii) Séquence de naissance****Code Modalité**

0	Naissance d'un seul enfant
1	Premier-né lors d'une naissance multiple
2	Deuxième-né lors d'une naissance multiple
3	Troisième-né lors d'une naissance multiple
4	Quatrième né lors d'une naissance multiple
5	Cinquième-né lors d'une naissance multiple
6	Sixième-né lors d'une naissance multiple
7	Septième-né lors d'une naissance multiple
8	À partir du huitième nouveau-né d'une naissance multiple
9	Non spécifié

Le fichier XSD qui décrit le fichier XML utilisé par la CNS pour la transmission de la liste des codes prestataires des médecins prescripteurs est publié sur le site internet de la CNS.

**Table viii) Severity of illness / risk of mortality****Code Libellé**

0	No class specified
1	Minor
2	Moderate
3	Major
4	Severe

**Annexe XXIII : Classification des actes de la génétique et de l'anatomopathologie**

**Classification génétique**

Code composé (=code CNS + nombre sur 2 positions + code OMIM sur 6 positions)	Description	Remarques
ADNNOOOOOO	Caryotype conventionnel postnatal	L'analyse ADNNOOOOOO inclut les étapes de cultures et de colorations requises pour la recherche.
AANNOOOOOO	Caryotype conventionnel pour le diagnostic ou suivi d'une affection maligne	
APNNOOOOOO	Caryotype conventionnel prénatal	
BDNNOOOOOO	Analyse de cytogénétique moléculaire ciblée (FISH,qfPCR) postnatal	
BANNOOOOOO	Analyse de cytogénétique moléculaire ciblée (FISH/CISH/SISH) somatique	
BPNNOOOOOO	Analyse de cytogénétique moléculaire ciblée (FISH,qfPCR) prénatal	
CDNNOOOOOO	analyse pangénomique quantitative (recherche de CNVs cryptiques) postnatal	y compris l'extraction d'acides nucléiques et le cas échéant la synthèse d'ADNc ou la modification par traitement au bisulfite
CANNOOOOOO	analyse pangénomique quantitative, transcriptionnelle ou épigénétique (recherche de CNV, analyse du méthylome, établissement d'un profil d'expression génique) somatique	
CPNNOOOOOO	analyse pangénomique quantitative (recherche de CNVs cryptiques) prénatal	
DDNNOOOOOO	Analyse de fragment(s) (quantitatif ou qualitatif), postnatal	
DANNOOOOOO	Analyse de fragment(s) (quantitatif ou qualitatif), somatique	
DPNNOOOOOO	Analyse de fragment(s) (quantitatif ou qualitatif), prénatal	
EDNNOOOOOO	Séquençage d'un seul gène, postnatal	
EANNOOOOOO	Séquençage d'un seul gène pour les affections acquises	
EPNNOOOOOO	Séquençage d'un seul gène, prénatal	
FANNOOOOOO	Séquençage d'un panel de gènes (<100 gènes), somatique	
GDNNOOOOOO	Séquençage d'un panel de gènes (<600 gènes), postnatal	
GANNOOOOOO	Séquençage d'un panel de gènes (<600 gènes), somatique	
HDNNOOOOOO	whole-exome-sequencing (WES), postnatal	
HANNOOOOOO	whole-exome-sequencing (WES), somatique	
HPNNOOOOOO	whole-exome-sequencing (WES), prénatal	
IDNNOOOOOO	whole genome sequencing (WGS), postnatal	
IANNOOOOOO	whole genome sequencing (WGS), somatique	
JONNOOOOOO	DPNI / NIPT	
KONNOOOOOO	Southern Blot	

### Classification anatomopathologie

1er caractère	2ème caractère		3 et 4ème caractère		5ème caractère	2 suffixes	3 suffixes
	code prélèvement	libellé	localisation	libellé	grade Lammens	nb de blocs	nb de lames
B	A	Exérèse - pièce opératoire	01	Appareils génital masculin et urinaire	1	01-99	001-999
	B	Biopsie	02	Appareil génital féminin et seins	2		
	K	Autopsie médicale	03	Appareil digestif	3		
	L	Foetopathologie	04	Appareils cardio-vasculaire et respiratoire	4		
	M	Position libre	05	Système nerveux central et périphérique, tissus mous et ostéo-squelettique	5		
	N	Position libre	06	Tête-et-cou	6		
	P	Ponction	07	Systèmes lymphatique et hématopoïétique			
	Q	Position libre	08	Systèmes cutané et ophtalmologique			
	R	Frottis	09	divers			
	S	Sang					
	T	Technique complémentaire					
	U	Position libre					
	V	Position libre					
	W	Position libre					
	X	Position libre					

