

MEMORIAL

Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL

Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A—N° 100

24 décembre 1993

Sommaire

CONVENTIONS AVEC L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	page 2026
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Kinesithérapeutes Diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2033
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et la Société Luxembourgeoise de Biologie Clinique, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2039
Convention réglant les rapports entre l'Union des Caisses de Maladie et l'A.s.b.l. «LUXEMBOURG AIR RESCUE», concernant le transport de malades par hélicoptère de secours	2045
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales – Convention pour les médecins-dentistes	2048
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales – Convention pour les médecins	2065
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et la Fédération des Patrons Opticiens du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2085
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Orthophonistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2089
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Maîtres orthopédistes-bandagistes et la Fédération des Patrons bottiers-orthopédistes du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2094
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et le Syndicat des Pharmaciens Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2100
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Psychomotriciens diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2109
Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Sages-femmes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	2115

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales, les parties soussignées, à savoir :

L'association nationale des infirmiers luxembourgeois agissant en tant que groupement professionnel représentatif des infirmiers visés à l'article 1er de la présente convention, représentée par sa présidente, Madame Malou WAGNER et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les infirmiers admis à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont habilités à pratiquer les actes de la nomenclature applicable aux infirmiers,

- soit à titre de profession libérale,

- soit au titre de salarié d'une association sans but lucratif ou d'une organisation sans but lucratif possédant la personnalité juridique, oeuvrant dans le domaine de la santé et qui à ce titre est reconnue par l'union des caisses de maladie, ce pour autant que ces actes professionnels soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg et que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession d'infirmier au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession d'infirmier à titre libéral n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

La disposition qui précède s'applique également aux associations et organisations visées à l'article premier.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Carte d'assuré

Art. 5. L'union de caisses de maladie met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré qui reste la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice contient les nom, prénoms ainsi que le numéro matricule de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser soit à un cabinet de prestataires exerçant la profession d'infirmier à titre libéral dans une association visée à l'article 2, alinéa 2, soit à une institution reconnue par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 1er, comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins, du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

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

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations ou fournitures délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur délivrance est conforme à une ordonnance médicale préalable.

Les soins, prestations et fournitures de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins ou des fournitures les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur est pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations ou fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Sauf les exceptions prévues au cahier des charges, le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ainsi que, s'il s'agit de soins dispensés par des associations et organisations visées à l'article 1er, le nom et le code personnel du prestataire.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

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

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

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

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient équivalent, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, au montant de quatre cents francs (400.- LUF). L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée sous le code NC1, respectivement NC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, à deux cents francs (200.- LUF), n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code NC3.

Les indemnités sont facturées avec les prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Fournitures à charge de l'assurance maladie dispensées au domicile du malade

Art. 13. Pour autant qu'une ordonnance médicale précise contraire ne soit délivrée, les fournitures matérielles courantes telles seringues, aiguilles, trousse de perfusion, compresses, bandages et autres articles de pansement, sondes vésicales et sondes rectales à usage unique, solutions de lavage courants et autres fournitures matérielles, inscrites sur une liste limitative faisant l'objet d'une annexe à la présente convention, qui sont utilisées dans le cadre des soins administrés au domicile des personnes protégées en exécution d'ordonnances médicales, sont prises en charge par l'assurance maladie en quantité adaptée aux besoins courants et contre remise à l'union des caisses de maladie dans le cadre de la procédure du tiers payant des documents suivants:

- des factures originales acquittées concernant les fournitures;
- une liste, à arrêter conformément au cahier des charges visé à l'article 10, des personnes protégées ayant obtenu des soins pendant le mois précédant celui au cours duquel la liste est remise. Cette liste, à établir mensuellement, comprend le numéro matricule des personnes protégées il est tenu un relevé à part des actes dispensés à des personnes non protégées par l'assurance maladie.

L'union des caisses de maladie procède régulièrement au contrôle de ces fournitures sur base des ordonnances médicales et des honoraires décomptés. Les écarts non justifiés constatés pour une période donnée entre l'ensemble des approvisionnements et les ordonnances médicales se rapportant à ces fournitures font l'objet d'une instruction sur base de la procédure prévue à l'article 72 du code des assurances sociales.

Le prestataire a droit à la restitution du montant intégral des factures pour le matériel susvisé.

Toutefois les fournitures puisées dans le matériel susvisé, délivrées à des personnes non protégées par l'assurance maladie, font l'objet d'un décompte mensuel avec indication du prix total des fournitures portées en déduction du montant susvisé.

Le montant obtenu après déduction des fournitures conformément à l'alinéa qui précède est augmenté forfaitairement d'un pourcentage pour tenir le prestataire indemne des frais de préfinancement, de stockage, de gestion et les risques de déperdition découlant de l'obligation de garde. Le montant de ce pourcentage est déterminé d'après une méthodologie arrêtée au cahier des charges prévu à l'article 10.

En aucun cas le stock de matériel visé par la présente disposition, géré par le prestataire à charge de l'assurance maladie ne doit dépasser une valeur de 150.000 francs par prestataire en activité de service. En cas de cessation des activités d'un prestataire le reliquat de stock est tenu à disposition de l'assurance maladie.

Tant que le prestataire a le matériel à sa disposition il en reste propriétaire et en conserve la responsabilité de la garde. Il ne peut prétendre à restitution du stock à charge de l'assurance maladie en cas de dégradation, disparition ou destruction des fournitures placées sous sa garde.

Le prestataire est censé se procurer les fournitures aux meilleures conditions du marché.

Les fournitures autres que celles reprises à la liste visée à l'alinéa 1er ci-dessus qui font l'objet d'ordonnances médicales sont mises à disposition du prestataire par la personne protégée.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Ordonnances partiellement exécutées

Art. 15. Lorsque la délivrance de soins ou de fournitures ne porte pas sur l'intégralité des soins prescrits, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet, le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans le mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance ou de l'autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige la charge de la preuve incombe au prestataire.

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

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec l'état de santé du malade ou avec l'efficacité du traitement, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances, s'il n'est pas indiqué sur l'ordonnance médicale, doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées, les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature et des listes

Art. 19. Dans le cadre des prestations pris en charge par l'assurance maladie, les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels.

Pathologies inhabituelles

Art. 20. Lorsqu'une ordonnance médicale prévoit la délivrance de soins non inscrites dans la nomenclature, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'autorisation est émise sur demande du prestataire cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

Formation continue

Art. 21. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution des pratiques de soins, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 22. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

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

Art. 23. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire.

Art. 24. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée dans ce cas à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant dans les cas suivants :

1) Les actes professionnels délivrés aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents ;

2) Les honoraires pour séries de prestations pour soins à domicile, lorsque le traitement ordonné par le médecin dépasse un mois et s'il fait l'objet d'une autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale.

3) Les indemnités de déplacement connexes aux prestations visées au point 1) et 2) ci-dessus, ainsi que les frais de voyage par kilomètre, décomptés sur des feuilles de route spécifiées au cahier des charges prévu à l'article 10.

La part statutaire restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

Dans tous les cas où il y a intervention du système du tiers payant, la personne protégée atteste par sa signature ou celle d'un représentant autorisé d'avoir reçu toutes les prestations prescrites. Cette attestation peut être faite sur la facture ou sur l'ordonnance par la mention: «Toutes prestations reçues», suivie de la signature.

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

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires et des frais de déplacement opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires et les feuilles de route dûment établis conformément à l'article 11, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les mémoires d'honoraires et les feuilles de route journalières sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévu, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale, une copie de l'ordonnance étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires et frais de déplacement notés sur les feuilles de route non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires et frais de déplacement payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 10.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des mémoires d'honoraires et des frais de déplacement

Art. 27. Les mémoires d'honoraires et feuilles de route contestés par l'union des caisses de maladie sont retournés au prestataire par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Le motif de la contestation peut être exprimé par des codes ou signes fixés au cahier des charges.

Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 10.

Les mémoires d'honoraires et feuilles de route retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les prestataires s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les mémoires dont il s'agit ne sont pas définitivement écartés de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 28. Le paiement effectué conformément à l'article 26 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception de mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant figurant au relevé visé au 4e alinéa de l'article 26 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 29. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 10 ou non conformes au modèle agréé par l'union des caisses de maladie est présentée;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le prestataire.

Révision des tarifs

Art. 30. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes d'infirmier sont révisées tous les ans au premier janvier.

Art. 31. Les adaptations tarifaires à la suite de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 32. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions du règlement grand-ducal du 9 janvier 1985 déterminant les conditions et la procédure à suivre pour l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) au Luxembourg des ressortissants des Etats membres de la Communauté Européenne et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession d'infirmier à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

En vue de leur agrément, les associations ou organisations visées à l'article 1er déposent auprès de l'union des caisses de maladie un exemplaire de leur acte constitutif valable au moment du dépôt ainsi qu'une liste des professionnels de santé visés par la présente convention qu'elles emploient. Les changements sur cette liste sont communiqués régulièrement à l'union des caisses de maladie. L'agrément est supposé accordé si dans le délai d'un mois de la réception des documents visés par le présent alinéa l'union des caisses n'a pas formé d'opposition écrite à l'agrément par lettre recommandée à la poste.

Les associations ou organisations visées à l'article 1er se voient retirer l'agrément s'ils dispensent sans autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale des prestations visées par la présente convention ordonnées par des médecins qu'ils emploient.

Code du prestataire

Art. 33. Il est attribué à chaque infirmier un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 34. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve de l'absence ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention.

Art. 35. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 36. Les dispositions de la présente convention, liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire, les anciennes règles restent d'application.

Art. 37. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 38. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 39. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 40. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge, par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 41. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 42. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 43. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 44. Le code du prestataire prévu à l'article 33 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

Mise en vigueur de la procédure de prise en charge des fournitures prévue à l'article 13

Art. 45. En raison du délai nécessaire à la réorganisation des fichiers informatiques de la sécurité sociale et à l'attribution d'un code spécifique aux différentes catégories de fournitures, la procédure de prise en charge des fournitures inscrites dans la liste prévue à l'article 13 est mise en oeuvre à partir de la date arrêtée d'un commun accord entre les parties et publiée au Mémorial.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association nationale des infirmiers
luxembourgeois,
La présidente,
(s.) M. WAGNER*

*Pour l'union des caisses de maladie,
Le président,
(s.) R. KIEFFER*

ANNEXE

LISTE DE MATERIEL (prévue à article 13)

Matériel pour injection et perfusion

- Seringues à 1 ml, 2ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml
- Aiguilles pour injection sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse.
- Cathéter court pour perfusion périphérique
- Cathéter court à ailettes pour perfusion périphérique
- Trousse de perfusion
- Compresses stériles et non-stériles (de 5 cm sur 5 cm, 7,5 cm sur 7,5 cm et 10 cm sur 10 cm)
- Compresses non adhésives (p.ex: Melolin)
- Compresses étanches (p.ex Mesorb de 10 sur 10, 10 sur 15, 10 sur 20)
- Alèzes protectrices

Matériel de fixation:

- Bandages à usage unique: largeur 4 cm, 5 cm, 8 cm, 10 cm, 12 cm.
- Bandages à réutiliser : largeur 8 cm, 10 cm, 15 cm, 20 cm.
- Bande de gaze tubulaire pour pansement: différentes largeurs de 2 à 12 cm
- Echarpes triangulaires

- Différentes sortes de fixations adhésives du type suivant:

(p.ex: Hansaplast, Leukoplast, Leukoflex, Micropore, Fixomull ou Méfix de différentes largeurs)

Différentes sortes de solutions pour le nettoyage et la désinfection des plaies, du type suivant:

NaCl, eau oxygénée, désinfectant à la Chlorhexidine, Hibitane, Hexomédine, solution aqueuse d'éosine, Néo-Sabényl, Cutasept, éther, Iso-bétadine dermique, alcool isopropylique.

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Kinésithérapeutes Diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

les parties soussignées, à savoir :

L'association luxembourgeoise des kinésithérapeutes agissant comme groupement professionnel représentatif des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes établis au Luxembourg, représentée par son président, Monsieur Charles DIEDERICH et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique aux professionnels de santé visés ci-après, autorisés à exercer légalement leur profession:

- 1) aux masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, exerçant leur profession à titre libéral;
- 2) aux masseurs-kinésithérapeutes salariés d'un masseur-kinésithérapeute visé sous 1) ci-dessus;
- 3) aux masseurs salariés d'un masseur visé sous 1) ci-dessus,

ce pour autant que les actes de la profession soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où les prestataires sont établis au pays et dispensent des soins de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de masseur et de masseur-kinésithérapeute au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de masseur-kinésithérapeute ou de masseur à titre libéral n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

La disposition qui précède s'applique également aux salariés visés à l'article 1^{er} sous 2) et 3).

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladies professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré contient le nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé aux articles 7 et 8 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser à un cabinet de prestataires exerçant leur profession en association ou avec du personnel salarié agréé comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par le malade.

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

Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Art. 8. Il est reconnu que les dispositions prises dans le cadre de la réglementation du service de garde et d'urgence éventuellement applicables aux prestataires liés par la présente convention ne sont pas de nature à apporter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de leur choix.

Conformité des prestations aux ordonnances médicales

Art. 9. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations ou fournitures délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable.

Les soins, prestations et fournitures de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur ou à celui qui le remplace un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, sauf urgence, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Par dérogation à l'alinéa premier du présent article, les prestations urgentes, délivrées sur instruction médicale en cas de traitement stationnaire en milieu hospitalier sont prises en charge sur ordonnance médicale postérieure au traitement lorsque l'ordonnance motive l'urgence.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 10. Avant la délivrance des soins les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations ou fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

Transmission et circulation des données

Art. 11. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusif usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 12. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 11 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

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

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

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

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 13. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient équivalant, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, au montant de quatre cents francs (400.- LUF). L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée sous le code ZC1, respectivement ZC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, à deux cents francs (200.- LUF), n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code ZC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de santé de la personne protégée.

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

Prestations au domicile de la personne protégée

Art. 14. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Fournitures matérielles

Art. 15. Lorsque les prestations ordonnées par le médecin comportent la fourniture d'objets de pansement, ceux-ci sont mis à la disposition de la personne protégée par le prestataire.

Le prestataire a droit à la restitution de ces objets en quantité et qualité égale par la personne protégée.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 16. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Invalidation des ordonnances

Art. 17. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité des soins prescrits, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 18. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans le mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance ou de l'autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins dans les conditions prévues à l'article 21.

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

Délais d'attente

Art. 19. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de commencer la dispensation des soins dans le délai visé à l'article précédent, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

Déontologie professionnelle

Art. 20. Dans leurs relations avec les personnes protégées, les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature

Art. 21. Les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des soins ou fournitures qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Le prestataire peut procéder à la dispensation de prestations de soins auxquelles il est autorisé par la législation réglant ses attributions professionnelles et qui, en vertu de la loi, des règlements ou des statuts ne sont pas à charge de l'assurance maladie, toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive par le prestataire à la non opposabilité à l'assurance maladie, les aura expressément demandées. En cas de litige la charge de la preuve incombe au prestataire.

Formation continue

Art. 22. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 23. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

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

Art. 24. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant dans les cas suivants :

- 1) Les actes professionnels délivrés aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents ;
- 2) Les honoraires pour séries de prestations ordonnées par le médecin, dépassant le nombre de huit séances par période de 365 jours.
- 3) Les prestations délivrées dans le cadre d'un traitement stationnaire dans un hôpital.
- 4) Les indemnités de déplacement ainsi que les frais de voyage par kilomètre, connexes aux prestations visées au point 1) ci-dessus,

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

Dans tous les cas où il y a paiement direct intégral des factures par l'assurance maladie, la personne protégée atteste par sa signature d'avoir reçu toutes les prestations facturées. Cette attestation peut être faite sur la facture ou sur l'ordonnance par la mention : « Toutes prestations reçues », suivie de sa signature.

Toutefois et par dérogation à l'alinéa qui précède, en cas de prestations délivrées sur instruction médicale à des personnes séjournant en milieu hospitalier stationnaire, en maison de gérontologie ou de soins ou à des personnes alitées à domicile, les prestations sont également prises en charge si le prestataire, par sa signature, déclare que la personne protégée n'a pas été capable de faire l'attestation prévue.

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

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 12, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les mémoires d'honoraires sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévu, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale, une copie de l'ordonnance étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 11.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste fait foi

L'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de dix jours au plus.

Contestation des mémoires d'honoraires

Art. 27. Les mémoires d'honoraires contestés par l'union des caisses de maladie sont retournés au prestataire par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 11.

Les mémoires d'honoraires retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant, sauf le recours du prestataire devant les instances juridictionnelles compétentes.

Les prestataires s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires à charge de l'assurance maladie tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les mémoires dont il s'agit ne sont pas définitivement écartés de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 28. Le paiement effectué conformément à l'article 26 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant figurant au relevé visé à l'alinéa quatre de l'article 26 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 29. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 11 ou non conforme au modèle agréé par l'union des caisses de maladie est présentée;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le prestataire.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 30. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au prestataire la non affiliation du patient et refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le prestataire a été faite conformément à l'article 4.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 72 du code des assurances sociales lorsque des paiements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégalement obtenus.

Révision des tarifs

Art. 31. Les lettres-clé des actes professionnels prévus par la nomenclature sont révisées tous les ans.

Art. 32. Les adaptations tarifaires résultant de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 33. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions des règlements grand-ducaux du 24 septembre 1969 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne respectivement la profession de masseur-kinésithérapeute et de masseur et tels que ces règlements pourront être modifiés dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession de masseur et de masseur-kinésithérapeute à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Code du prestataire

Art. 34. Il est attribué à chaque masseur-kinésithérapeute et masseur un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 11.

Relevé récapitulatif

Art. 35. Un relevé récapitulatif annuel des prestations ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie entre le premier janvier et le 31 décembre de chaque année est mis à la disposition sur demande d'un abonnement y relatif à chaque prestataire.

Le contenu et la forme de ce relevé est précisé au cahier des charges visé à l'article 11.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 36. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve de l'absence ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention

Art. 37. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 38. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 39. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 40. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 41. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 42. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 43. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 44. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 11 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 45. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 46. Le code du prestataire prévu à l'article 34 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

Valeur juridique de l'autorisation du contrôle médical

Art. 47. Les parties déclarent mettre en oeuvre dans les plus brefs délais les moyens juridiques nécessaires pour attribuer aux décisions individuelles du contrôle médical de la sécurité sociale, prises en matière d'autorisation de prise en charge des prestations de kinésithérapie-massage par l'assurance maladie, un caractère obligatoire portant non seulement sur l'opportunité médicale de la prestation sollicitée, mais également sur l'obligation de l'assurance maladie de les prendre en charge à la suite de cette autorisation.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association nationale des
kinésithérapeutes diplômés luxembourgeois,*
Le président,
(s.) CH. DIEDERICH
Pour l'union des caisses de maladie,
Le président,
(s.) R. KIEFFER

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et la Société Luxembourgeoise de Biologie Clinique, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir:

La Société luxembourgeoise de biologie clinique a.s.b.l. agissant en qualité de groupement professionnel représentatif des professionnels de la biologie clinique, établis au Luxembourg, représentée par son président, le docteur ès sciences Jean-Marie MANGEN et par son secrétaire, le docteur en sciences Charles MISSENERD, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique agréés du secteur extra-hospitalier, dont le directeur est admis à exercer légalement sa profession au Grand-Duché de Luxembourg ainsi qu'au Laboratoire National de Santé dans la mesure où les activités de ces laboratoires sont exercées au Grand-Duché de Luxembourg pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents professionnels dans le cadre de la nomenclature des actes prévue à l'article 65 du code des assurances sociales.

La présente convention ne s'applique pas aux actes professionnels visés par l'article 6 de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales pour les analyses de pratique courante dont la réalisation dans les cabinets médicaux et dans les officines des pharmacies est autorisée par la liste prévue à l'article 6 précité et qui sont inscrits dans la nomenclature générale des analyses de laboratoire et de biologie clinique visée à l'article 65 du code des assurances sociales.

Une liste des laboratoires autorisés est établie et régulièrement mise-à-jour par l'union des caisses de maladie.

Les laboratoires visés par la présente convention déposent auprès de l'union des caisses de maladie une liste des endroits auxquels ils procèdent systématiquement eux-mêmes ou font procéder par des tiers à des prélèvements en dehors des laboratoires.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code des assurances sociales ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 3. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du laboratoire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée.

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

Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du prestataire, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Pour les prélèvements sur la personne protégée effectués par le laboratoire lui-même, celui-ci garantit avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il délivre les analyses correspond avec celle du titulaire de l'ordonnance.

Si les prélèvements sont effectués par un médecin, un infirmier tiers ou un autre laboratoire, les analyses sont opposables à l'assurance maladie uniquement si les prélèvements sont accompagnés des pièces de transfert définies au cahier des charges prévu à l'article 7.

Les analyses relatives aux prélèvements obtenus sans l'intervention de tiers et remis au laboratoire par des personnes autres que la personne protégée, ne sont opposables à l'assurance maladie que si ces prélèvements sont remis avec l'ordonnance médicale originale et sur présentation de la carte d'assuré du titulaire de l'ordonnance.

Carte d'assuré

Art. 4. L'union de caisses de maladie met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 5. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du laboratoire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 6 concernant le cas d'urgence et le cas des traitements reçus en milieu hospitalier.

Art. 6. Il est reconnu que les dispositions prises dans le cadre de la réglementation du service de garde éventuellement applicables aux laboratoires liés par la présente convention ne sont pas de nature à apporter atteinte au principe du libre choix du laboratoire par la personne protégée.

Pour les examens de laboratoire postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre laboratoire de leur choix.

Le fait par les personnes protégées d'obtenir des prestations de laboratoire connexes à des traitements reçus en milieu hospitalier ou dans un établissement de cure par les laboratoires des hôpitaux ou des établissements de cure dispensant ces traitements, ne constitue pas une atteinte au principe du libre choix du laboratoire par la personne protégée.

Transmission et circulation des données

Art. 7. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les laboratoires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise également les modalités d'établissement et d'enregistrement des pièces de transfert en cas de transfert d'analyses entre laboratoires, prévu à l'article 17, ainsi que les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Les taux de remboursement statutaires, les forfaits éventuels ainsi que les autres modalités de prise en charge appliqués le cas échéant par les statuts aux différentes analyses sont communiqués aux laboratoires conformément aux dispositions conventionnelles prévues au cahier des charges prévu.

Récépissé et factures pour analyses délivrées sur ordonnance médicale

Art. 8. Sur demande de la personne protégée un récépissé lui est délivré en échange des ordonnances médicales originales qui restent acquises au laboratoire après la délivrance des prestations. Celles-ci sont prises en charge directement par l'assurance maladie d'après la procédure du tiers payant prévue à l'article 15 et sous réserve de l'accomplissement des conditions y déterminées.

En cas de paiement des prestations par la personne protégée celle-ci a droit à la délivrance d'une facture acquittée qui reproduit ses noms et matricule, le code des prestations ordonnées, leur libellé dans une forme réduite, le prix total, la date de la délivrance et le nom du laboratoire ainsi qu'à une copie de l'ordonnance médicale conforme à l'original.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des prestations qui ne peuvent pas être toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le laboratoire délivre une copie de l'ordonnance et établit un récépissé dans les formes prévues au présent article.

Ordonnances médicales. Conformité des analyses aux prescriptions médicales

Art. 9. Le contenu et la forme des ordonnances sont déterminées par la convention conclue avec le corps médical.

Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations de laboratoire à charge de l'assurance maladie sont délivrées exclusivement sur ordonnance médicale préalable et doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

En cas de contrariété manifeste des ordonnances avec les règles de l'art le laboratoire, de l'accord du médecin-prescripteur, peut substituer, ajouter ou supprimer des paramètres à ceux qui figurent sur l'ordonnance médicale. Dans ce cas une motivation est inscrite par le laboratoire sur l'ordonnance.

Du consentement du médecin traitant, le directeur du laboratoire, ou, dans le cas du Laboratoire National de Santé le chef responsable de la division chargée de l'exécution de l'ordonnance, peuvent, dans l'intérêt du diagnostic de la personne protégée et au vu des résultats d'analyses obtenus, ajouter les paramètres jugés indispensables.

Les compléments d'analyses effectués conformément à l'alinéa qui précède sont renseignés par le laboratoire sur un formulaire spécial contenu au cahier des charges visé à l'article 7. Ce formulaire est joint à l'ordonnance originale.

Sauf usage autorisé de copies, les analyses prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont accompagnées par les ordonnances médicales originales et, le cas échéant, par les autres justificatifs prescrits par la présente convention.

Transfert d'analyses

Art. 10. Lorsqu'un laboratoire exécute des analyses pour le compte d'un autre laboratoire, il est fait usage d'un document de transfert arrêté conformément au cahier des charges visé à l'article 7.

Le document de transfert contient l'indication du laboratoire qui commande les analyses et le laboratoire destinataire qui doit les réaliser ainsi que la copie de l'ordonnance médicale. Après réalisation des analyses celles-ci sont inscrites sur le document de transfert d'après les positions prévues à la nomenclature des actes.

Les analyses transférées sont facturées conformément aux articles 16 et 17. L'article 9 est applicable au laboratoire qui exécute les analyses transférées.

Le laboratoire qui exécute les analyses transférées est responsable de la communication du résultat des analyses au médecin-prescripteur. Sur demande du laboratoire ayant transféré l'analyse, celui-ci a droit à une copie du résultat.

Les transferts d'analyse ne peuvent avoir lieu qu'entre les laboratoires autorisés visés à l'article 1er soumis au régime de la présente convention ou celui régissant les rapports entre l'union des caisses de maladie et le secteur hospitalier.

Invalidation des ordonnances médicales

Art. 11. Le laboratoire doit invalider par estampillage les ordonnances à la délivrance des analyses y prescrites. L'estampille dont les caractéristiques sont arrêtées par le cahier des charges visé à l'article 7 porte la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de la délivrance.

Détention et propriété de l'ordonnance médicale

Art. 12. L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée.

La personne protégée cesse d'en être propriétaire lorsque l'ordonnance est remise au laboratoire pour obtenir la délivrance des analyses y prescrites dans le cadre du tiers payant.

Le laboratoire est responsable de la bonne garde des ordonnances restées en sa possession après la délivrance des analyses dans le cadre du tiers payant.

La personne protégée a le droit de renoncer au système du tiers payant. Dans ce cas, après délivrance et contre paiement des analyses par la personne protégée le laboratoire lui remet l'ordonnance invalidée ensemble avec une facture établie conformément à l'article 8.

Opposabilité des ordonnances médicales

Art. 13. Sauf spécification d'un délai précis par le médecin-prescripteur, la délivrance de prestations de laboratoire ou de biologie clinique n'est opposable à l'assurance maladie que dans un délai de deux mois à dater de l'émission de l'ordonnance par le médecin-prescripteur ou, le cas échéant, de l'autorisation donnée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Toutefois en cas d'ordonnance répétitive la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de son émission ou de son autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Le délai commence à partir du jour de l'émission de l'ordonnance ou de l'autorisation du contrôle médical et finit au plus tard à minuit du même jour de calendrier du deuxième respectivement du sixième mois suivant l'émission de l'ordonnance ou de l'autorisation du contrôle médical.

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

La délivrance des prestations est censée être accomplie avec la prise en charge des prélèvements par le laboratoire en vue de leur analyse.

Les analyses sont réputées exécutées avec la sortie définitive des résultats.

Prélèvements au domicile de la personne protégée

Art. 14. Les frais de déplacement pour les prélèvements effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

La motivation médicale inscrite sur une ordonnance répétitive vaut pour l'ensemble des analyses prescrites.

Mode de paiement des prestations

Art. 15. D'une manière générale le mode de paiement de la part statutaire à charge de l'assurance maladie des prestations de laboratoire accordées sur ordonnance médicale est celui du tiers payant, ce à condition qu'au moment du prélèvement ou de la remise de celui-ci au laboratoire il soit présenté une ordonnance médicale et la carte d'assuré correspondante.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le laboratoire sur la personne à laquelle les prestations sont délivrées.

Les examens de laboratoire délivrés sans carte d'assuré correspondante à l'ordonnance ou sans ordonnance médicale doivent être payés intégralement par la personne à laquelle ils sont dispensés.

Mode de paiement en cas de transfert des analyses

Art. 16. Les analyses transférées par un laboratoire d'hôpital à un autre laboratoire sont facturées à l'hôpital par le laboratoire qui les exécute d'après la nomenclature des actes.

Les analyses transférées par un laboratoire du secteur extra-hospitalier à un autre laboratoire du secteur extra-hospitalier sont facturées par le laboratoire qui les exécute et sont pris en charge par l'assurance maladie conformément à l'article 15.

Les analyses transférées par un laboratoire du secteur extra-hospitalier à un laboratoire d'hôpital sont facturées par l'hôpital à l'assurance maladie d'après les règles régissant la convention-cadre conclue entre l'union des caisses de maladie et le groupement représentatif des hôpitaux.

Les analyses transférées dans les cas autorisés par la présente convention par un laboratoire du secteur extra-hospitalier à un laboratoire étranger sont facturées par le laboratoire demandeur conformément à l'article 22.

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

Art. 17. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des factures opposable à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, les laboratoires remettent à l'union des caisses de maladie les factures dûment établies conformément au cahier des charges prévu à l'article 7, accompagnées de l'original de l'ordonnance médicale et munies, le cas échéant, des documents de transfert et de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les factures sont remises à l'union des caisses de maladie en bloc, ce avant le dixième jour du mois.

Lorsqu'il s'agit d'analyses effectuées sur base d'ordonnances répétitives dépassant le terme prévu, la première facture s'y rapportant est accompagnée de l'ordonnance originale, une copie de cette ordonnance étant jointe à chaque facture subséquente.

Sauf les exceptions prévues par l'article 22, les factures ne peuvent faire état que de prestations réalisées par le laboratoire qui les facture.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des factures non contestées au plus tard le dixième jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le laboratoire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au laboratoire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des factures payées.

Les factures sont transmises sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 7. Il en est de même du relevé visé à l'alinéa précédent.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des factures

Art. 18. Les factures contestées par l'union des caisses de maladie sont retournées au laboratoire par envoi à la poste avec indication du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les factures. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 7.

Les factures retournées après contestation doivent être reproduites au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Les factures contestées trois fois de suite sont définitivement écartées de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les laboratoires s'abstiennent de présenter aux personnes protégées des factures tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les factures dont il s'agit ne sont pas définitivement écartées de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 19. Le paiement effectué conformément à l'article 17 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du laboratoire au plus tard le dernier jour du délai de paiement visé à l'article 17, alinéa 5.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le laboratoire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal, tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant de la facture visée au 1^{er} alinéa de l'article 17 et prennent cours le premier du mois suivant le délai de présentation des factures fixé à l'article 17, alinéa 2.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 20. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsque des factures incomplètes au regard des dispositions conventionnelles visées ci-dessus ou des données obligatoires déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 7 ou non conformes au modèle agréé par l'union des caisses de maladie sont présentées;
- lorsque la carte d'assuré présentée ne concorde pas avec toutes les données figurant sur l'ordonnance ou lorsque la carte du titulaire de l'ordonnance fait défaut;
- pour les frais de déplacement en cas de prélèvement à domicile médicalement non motivé.

Sous-traitance

Art. 21. Sauf les analyses transférées à l'étranger conformément à l'article 22 ou les transferts d'analyses réglés par l'article 10, il est interdit aux laboratoires de faire procéder sous leur nom à la réalisation d'analyses médicales par d'autres laboratoires, institutions ou établissements de quelque nature qu'ils soient non soumis au régime de la présente convention et à celui de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Analyses effectuées par des laboratoires étrangers

Art. 22. Les examens de laboratoire réalisés par des laboratoires étrangers sur demande d'un laboratoire luxembourgeois visé par la présente convention ne sont pris en charge dans le cadre de la présente convention que dans l'une des conditions suivantes:

- lorsqu'il s'agit d'examens de laboratoire ne pouvant être réalisés au Grand-Duché de Luxembourg, qui sont inscrits sur une liste formant annexe de la présente convention et qui en fait partie intégrante;
- après accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale lorsqu'il s'agit d'examens de laboratoire exceptionnels qui ne sont pas prévus sur la liste prévue et qui ne peuvent pas être réalisés au Grand-Duché de Luxembourg;
- après information préalable du contrôle médical de la sécurité sociale et de l'union des caisses de maladie lorsqu'il s'agit d'examens ne pouvant être réalisés provisoirement au Grand-Duché de Luxembourg en raison d'incidents techniques ou en cas de force majeure.

Les analyses ne peuvent être réalisées à l'étranger que dans des laboratoires officiellement reconnus par les autorités sanitaires du pays où ils sont établis.

Les analyses réalisées conformément au présent article sont remboursées au laboratoire ayant demandé le transfert par la voie du tiers payant. Elles sont facturées conformément à l'article 15 sous les codes spéciaux prévus par un chapitre particulier du cahier des charges dénommé «Analyses réalisées à l'étranger». Les factures sont munies des ordonnances médicales ainsi que de la copie des factures du laboratoire étranger.

Dans le remboursement il est tenu compte, sur déclaration et justification expresse, des frais d'expédition effectivement exposés par le laboratoire ayant procédé au transfert des prélèvements vers l'étranger.

Echange d'informations

Art. 23. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

Respect de la nomenclature et des listes et économicité des prestations

Art. 24. Les laboratoires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des examens de laboratoire qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature et dans les listes prévues par les statuts.

Les laboratoires procèdent à la délivrance des analyses dans les conditions d'économie les plus strictes compatibles avec la qualité des prestations et conformes aux données acquises par la science.

Les analyses entrant dans le cadre de recherche scientifique, même contenues dans la nomenclature, ne peuvent faire en aucun cas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Prestations inhabituelles

Art. 25. Lorsqu'une ordonnance médicale prévoit la délivrance d'examens de laboratoire non inscrits dans la nomenclature, les actes en cause, par dérogation à l'article 22, ne peuvent être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie que sur autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'autorisation est émise sur demande du laboratoire cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

Formation continue

Art. 26. Tout laboratoire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Art. 27. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

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

Art. 28. Les laboratoires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de examens de laboratoire émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Information de la personne protégée en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé

Art. 29. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Révision des tarifs

Art. 30. Les lettres-clés des actes de laboratoire et de biologie clinique prévus par la nomenclature des actes de laboratoire sont révisés tous les ans.

Art. 31. Les adaptations tarifaires résultant de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Mise en vigueur de la convention

Art. 32. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 33. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 34. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 35. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 36. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 37. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 38. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 39. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 7 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré;
- la liste des analyses de laboratoire prévue à l'article 22.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 40. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour la société luxembourgeoise
de biologie chimique,
le président,
(s.) J.-M. MANGEN
le secrétaire
(s.) CH. MISSENERD*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention réglant les rapports entre l'Union des Caisses de Maladie et l'A.s.b.l. «LUXEMBOURG AIR RESCUE», concernant le transport de malades par hélicoptère de secours

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir:

L'association sans but lucratif «Luxembourg Air Rescue», désignée ci-après «LAR», agissant comme transporteur de malades ou d'accidentés au sens de l'article 61, sous 11) du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur René CLOSTER et par Monsieur Lex FAUTSCH, gérant de la LAR, et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, instituée par l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Fournisseur et objet de la convention

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à la LAR, qui effectue le transport de personnes protégées par hélicoptère de secours médicalisé, lorsque ces transports sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents dans le cadre des prestations prévues par le code des assurances sociales ou des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Accord du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3. Les transports en hélicoptère de secours, pour lesquels les statuts en font une condition expresse de la prise en charge, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur ordonnance médicale motivée et sur autorisation préalable du contrôle médical.

Matériel volant et équipements

Art. 4. Les performances techniques de l'hélicoptère de secours et , le cas échéant de l'hélicoptère de rechange, ainsi que la mission du pilote et du pilote de rechange sont arrêtées dans les deux conventions conclues par la LAR, à savoir :

1. la convention du 12 juin 1991 conclue avec l'Etat luxembourgeois, en sa qualité d'administrateur de la Protection Civile,

2. la convention avec la «Deutsche Rettungsflugwacht»(DRF).

Ces deux conventions font l'objet des annexes 1 et 2 de la présente convention dont elles font partie intégrante.

Prestations de la LAR

Art. 5. La LAR accomplit pour le compte de l'assurance maladie:

1. des transports primaires de malades ou de blessés dans le cadre de l'organisation du SAMU.

2. des transports secondaires.

Par transport primaire au sens de la présente convention on entend le transport urgent dans le cadre de l'organisation du SAMU, de personnel et de matériel médical par hélicoptère vers un lieu d'accident ou d'intervention ou le transport urgent de personnes victimes d'un accident ou d'une maladie, du lieu de l'accident ou d'intervention vers l'hôpital de garde le plus proche et le mieux approprié pour le traitement spécifique du malade ou du blessé.

Par transport secondaire au sens de la présente convention on entend le transport des patients hospitalisés vers un hôpital plus spécialisé ou mieux équipé.

Transports primaires

Art. 6. Les transports primaires dans le cadre du système SAMU sont opérés d'après les critères suivants:

1). En règle générale l'intervention de l'hélicoptère n'est prévue que dans les cas où le lieu de l'accident se situe à plus de quinze kilomètres de l'emplacement de l'hélicoptère. L'intervention de l'hélicoptère peut être sollicitée exceptionnellement pour des distances plus courtes.

2). La décision de faire intervenir la LAR dans le cadre du système SAMU est prise soit par l'anesthésiste-réanimateur de l'hôpital de garde auprès duquel l'hélicoptère se trouve stationné à Luxembourg-Ville, soit par l'anesthésiste-réanimateur d'un autre hôpital assumant le service de garde dans une autre région du pays.

3). Sauf circonstances exceptionnelles et justification à accepter par le contrôle médical de la sécurité sociale, les transports primaires ne sont pris en charge que si un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation se trouve à bord de l'hélicoptère.

Transports secondaires

Art. 7. Dans le cadre des transports secondaires il est prévu en règle générale le transport urgent de patients hospitalisés vers une clinique appropriée à l'intérieur du pays ou à l'étranger en vue de la poursuite d'un traitement commencé au Luxembourg.

Le matériel médical de l'hélicoptère de secours et de l'hélicoptère de rechange est décrit à l'annexe 3 de la présente convention dont elle fait partie intégrante.

Lors de chaque transport, le médecin anesthésiste-réanimateur de l'hôpital de garde établit un rapport circonstancié dont le modèle fait l'objet de l'annexe 4 à la présente convention.

Ce certificat est soumis à l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale.

Organisation

Art. 8. Les directives concernant l'application de la convention prémentionnée, conclue avec l'Etat luxembourgeois font l'objet d'un arrangement entre la direction de la Protection Civile, les médecins-coordonateurs du SAMU et la LAR.

Cet arrangement fait l'objet de l'annexe 5 à la présente convention, dont elle fait partie intégrante.

Tarifs et facturation

I. Transports primaires:

Art. 9. Les interventions primaires sont honorées au même prix que les transports primaires terrestres du SAMU, à savoir :

1. L'indemnité par kilomètre s'élève à soixante francs (60.- LUF). Elle figure sous le code HELICO0411.

2. La distance est calculée sur base de la carte de distance officielle, le point de départ étant toujours Luxembourg-Ville.

3. La LAR a le droit de mettre en compte pour le matériel utilisé dans le cas de réanimation cardiaque un forfait s'élevant à mille huit cent vingt-cinq francs (1.825.-LUF). Il figure sous le code HELICO0412.

L'indemnité kilométrique et le forfait sont adaptés à l'évolution des indemnités et forfaits prévus pour le SAMU terrestre.

II. Transports secondaires

Art. 10. L'indemnité par kilomètre de vol s'élève à trois cent cinquante francs (350.-LUF). Elle figure sous le code HELICO0422.

L'indemnité totale ne peut être inférieure à vingt mille francs (20.000.-LUF). Dans ce cas elle figure sous le code HELICO0421.

L'indemnité kilométrique est révisible par la partie la plus diligente sur présentation, par la LAR, de ses bilans et comptes d'exploitation des trois années précédentes.

Les indemnités pour transports primaires et secondaires comprennent notamment:

Les frais de fonctionnement,

- a) le kérosène et les huiles
- b) l'entretien: matériel, pièces de rechange, frais de personnel, du mécanicien et des contrôleurs,
- c) les frais pour vols de transfert, de fonctionnement, de contrôle et d'entraînement,
 - les frais pour vol à vide,
 - les frais pour l'hélicoptère de remplacement (affrètement et transfert),
 - les frais de préparation de vols: téléphone, météo, fax, Eurocontrol,
 - les taxes de décollage et d'atterrissage,
 - les frais de déplacement de l'équipage,
 - les frais d'accompagnement pour l'équipe médicale,
 - les frais de financement et les intérêts,
 - les frais de petit matériel médical: oxygène, désinfection.
 - le transport du médecin et de l'agent paramédical au lieu de l'accident,
 - le transport du malade avec le médecin et l'agent paramédical à la clinique de garde,
 - le transport du retour du médecin et de l'agent paramédical,
 - la taxe sur la valeur ajoutée.

Les indemnités ne peuvent être facturées en cas de mission interrompue. Sont considérées comme telles les cas suivants:

- mission interrompue parce qu'une aide médicale n'est pas nécessaire,
- mission interrompue parce que le malade a déjà été transporté par un autre moyen,
- mission interrompue à cause des conditions météorologiques,
- mission interrompue à cause de difficultés techniques.

Les transports qui sont à charge de l'établissement hospitalier qui a fait appel aux services de la LAR ne peuvent être mis en compte à l'assurance maladie.

Factures

Art. 11. Les factures doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux services rendus et aux circonstances de l'intervention. Les factures doivent montrer le prix final ainsi que la date de l'intervention.

Les factures pour interventions d'urgence dans le cadre du système SAMU sont accompagnées d'une feuille d'intervention. Ces feuilles sont signées par le médecin ayant décidé l'intervention ou y ayant participé. Les services rendus doivent être inscrits sur une formule d'après le code qui leur est attribué par la présente convention.

Les factures pour les autres interventions sont accompagnées de l'ordonnance médicale et de l'autorisation du contrôle médical.

En cas de paiement de la facture par la personne protégée la LAR en donne acquit sur la facture par la signature d'un délégué autorisé.

Les factures remplies de manière incomplète ou non accompagnées des pièces prévues ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les factures établies et acquittées par délégation engagent la responsabilité de la LAR quant à la conformité des inscriptions.

Mode de prise en charge des fournitures

Art. 12. D'une manière générale les services de la LAR sont payés par une prise en charge directe de l'assurance maladie jusqu'à concurrence des tarifs prévus par la présente convention.

La part éventuellement non couverte reste à charge de la personne protégée et est perçue, le cas échéant, directement par la LAR.

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

Art. 13. Aux fins d'obtenir le paiement de la partie du prix opposable à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, la LAR remet à l'union des caisses de maladie les factures dûment établies conformément à l'article 11.

Les factures sont remises à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq factures est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées, ainsi que le montant total des factures figurant sur le relevé.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des factures non contestées au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par la LAR.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir à la LAR un relevé des factures payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des factures payées et leur numéro.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant, le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des factures

Art. 14. Les factures contestées par l'union des caisses de maladie sont retournées à la LAR par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les factures.

Entrée en vigueur

Art. 15. La présente convention entre en vigueur le premier janvier 1994.

Disposition abrogatoire

Art. 16. La convention du six octobre 1992 est abrogée à la date de la mise en vigueur de la présente convention.

Dispositions transitoires

Art. 17. Les parties déclarent considérer les dispositions de la présente convention comme transitoires et s'engagent à négocier pour le 31 mai 1994 des dispositions conventionnelles qui tiennent compte des conclusions d'une analyse approfondie de l'intégration des services de la LAR dans le système d'intervention d'urgence national du transport des malades et accidentés dont la prise en charge incombe à l'assurance maladie.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

Pour l'a.s.b.l. Luxembourg Air Rescue
le président,
(s.) R. CLOSTER,
et
(s.) L. FAUTSCH,
gérant
Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales

Convention pour les médecins-dentistes

Préambule

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

les parties soussignées, à savoir :

l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1er du code des assurances sociales, représentée par son président, le docteur Joe WIRTZ et le docteur Gilbert SCHEER, président du cercle des médecins-dentistes,

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

TITRE I. ETENDUE DE LA CONVENTION

Médecins-dentistes

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les médecins-dentistes admis à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg, ce pour autant que dans l'exercice libéral de leur profession au pays, ils dispensent à charge de l'assurance maladie et de l'assurance contre les accidents professionnels des actes médicaux et médico-dentaires ou qu'ils prescrivent des prestations de soins de santé ou des fournitures aux personnes protégées en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La convention s'applique pareillement aux médecins-dentistes du Centre Hospitalier de Luxembourg engagés éventuellement à plein temps ou à temps partiel conformément au règlement grand-ducal du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du Centre Hospitalier de Luxembourg, ainsi qu'à tous médecins-dentistes hospitaliers qui seraient placés sous le même régime contractuel de travail.

La convention s'applique encore aux médecins-dentistes résidant dans les communes limitrophes des pays voisins et pour lesquels l'autorisation d'exercer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg donnée par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre des conventions internationales existantes a fait l'objet d'une publication au Mémorial, ainsi qu'aux médecins-dentistes disposant d'une autorisation de prestation de services temporaire, accordée par le ministre ayant dans ses attributions la santé.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

TITRE II. EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS LE CADRE DE LA CONVENTION

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de médecin-dentiste au Grand-Duché de Luxembourg, les parties à la présente convention reconnaissent à tout médecin-dentiste le droit de s'installer librement dans le pays.

La pratique de la médecine-dentaire en association n'est opposable à l'assurance maladie que si les médecins-dentistes associés pratiquent tous la même discipline médicale.

L'installation d'un médecin-dentiste dans une association n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des médecins-dentistes associés, le numéro de leur code médical individuel, le numéro du code médical de l'association, ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Le fait de se faire remplacer temporairement par un confrère n'est pas considéré comme association au sens des présentes dispositions.

Attribution d'un code médecin

Art. 4. Avant leur entrée en fonctions, les médecins-dentistes se font attribuer par l'union des caisses de maladie un code médecin individuel. A cet effet il suffit de notifier à l'union des caisses de maladie leur agrément ministériel et l'adresse de leur cabinet.

Un code médecin collectif est attribué aux associations de médecins-dentistes dès leur constitution sur communication des données visées à l'article précédent.

Exercice de l'activité médicale dans les institutions et établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 5. Les conventions de quelque nature qu'elles soient, conclues avec des établissements autres que les hôpitaux visés à l'article 60, alinéa 2 du code des assurances sociales ne sont pas opposables à la personne protégée et à l'assurance maladie.

La prescription de prestations de soins ou de fournitures et la délivrance d'actes médicaux et médico-dentaires dans le cadre d'un contrat de quelque nature qu'il soit, par un médecin du travail pour compte du personnel d'une entreprise privée ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Cumul d'activités et opposabilité de l'activité médicale

Art. 6. Sauf les exceptions expressément prévues par la loi, les règlements ou les différentes nomenclatures des actes professionnels des médecins et médecins-dentistes ou des professions de santé, les médecins-dentistes ne peuvent réaliser à charge de l'assurance maladie que les actes professionnels prévus par la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes.

Les médecins-dentistes qui exercent leur profession à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession médicale ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Les activités médicales déployées et les prestations fournies ou prescrites dans le cadre de l'assurance maladie en violation des dispositions de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

TITRE III. SERVICE DE GARDE ET D'URGENCE

Art. 7. Les actes posés par les médecins-dentistes dans le cadre du service d'urgence, du service de remplacement ou du service de garde dans les hôpitaux sont opposables à l'assurance maladie dans la mesure où ces actes correspondent à ceux prévus par la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires et sont prestés sur base des instruments juridiques régissant le fonctionnement de ces services et dans les conditions que ces instruments déterminent.

Sont visés par la présente disposition, et pour autant que les médecins-dentistes en sont concernés, les instruments suivants:

- La loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente;
- Le règlement grand-ducal du 17 septembre 1975 portant institution d'un comité permanent des secours d'urgence;
- Le règlement ministériel du 4 février 1976 concernant le service de remplacement des médecins des samedis, dimanches et jours fériés;
- Le règlement grand-ducal du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence;
- Le règlement du service d'urgence pris par l'association des médecins et médecins-dentistes et notamment les articles 3, 4 et 10 de ce règlement.

Art. 8. Le règlement du service d'urgence mentionné au tiret final de l'article précédent est annexé à la présente convention et en fait partie intégrante pour ce qui gouverne dans ces instruments les devoirs imposés à ceux qui en sont concernés et pour ce qui régit dans ces instruments les relations entre l'assurance maladie et les médecins-dentistes.

TITRE IV. DELIVRANCE DES SOINS

Identification des personnes protégées

Art. 9. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du médecin-dentiste par la présentation d'une carte d'assuré qui doit être exigée par le médecin-dentiste.

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

Sauf urgence ou dans le cas prévu à l'alinéa 6 du présent article, le médecin-dentiste garantit avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de la carte d'assuré ou du document visé à l'alinéa précédent.

Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du médecin-dentiste, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Le fait par le médecin-dentiste de reporter le numéro du matricule figurant sur la carte d'assuré sur les documents établis conformément aux modalités arrêtées dans le cahier des charges prévu à l'article 18, constitue à l'égard de l'assurance maladie présomption du contrôle de la concordance de l'identité du bénéficiaire des soins avec le titulaire de la carte d'assuré.

Lorsqu'aucune carte d'assuré n'est présentée et que de ce chef la vérification de l'identité prévue ci-dessus n'a pu être faite, le médecin-dentiste barre ostensiblement l'endroit prévu pour l'inscription du numéro matricule sur toutes les formules émises en faveur du malade. Lorsqu'il s'agit d'une formule générée par un système informatique, l'espace prévu pour le numéro matricule doit être marqué ostensiblement d'après les modalités convenues au cahier des charges visé à l'article 18.

Carte d'assuré

Art. 10. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales, une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 11. Les parties signataires de la présente convention garantissent aux personnes protégées le libre choix du médecin-dentiste, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 12 concernant le cas d'urgence, les associations de médecins-dentistes, la domiciliation temporaire de la personne protégée à titre de sanction et le traitement stationnaire en milieu hospitalier.

Art. 12. Il est reconnu que l'application des dispositions des instruments visés à l'article 8 ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin-dentiste par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre médecin-dentiste de leur choix.

Art. 13. Les médecins-dentistes pratiquant en association sont obligés de respecter le libre choix du médecin par la personne protégée.

Art. 14. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes, obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par les statuts en exécution de l'article 23, alinéa 2 du code des assurances sociales et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Art. 15. Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour stationnaire dans un hôpital par les médecins y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin par la personne protégée.

Liberté thérapeutique et de prescription

Art. 16. En ce qui concerne les prestations appelées à être prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre des nomenclatures des actes prévue à l'article 65 du code des assurances sociales ainsi que de l'article 19, alinéa 3 du même code, la liberté thérapeutique des médecins-dentistes est garantie.

La liberté de prescription est garantie.

Autorisation préalable prévue par la nomenclature

Art. 17. Lorsqu'un médecin-dentiste propose à une personne protégée de réaliser un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du contrôle médical, il en informe la personne protégée et entreprend les démarches nécessaires à l'obtention de cette autorisation.

Il est de convention expresse que l'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de trois semaines au plus.

Sur demande expresse du patient ou en cas d'urgence, les médecins-dentistes peuvent réaliser ces actes avant d'avoir obtenu une décision du contrôle médical. Ils doivent communiquer cette décision à la personne protégée avec l'information que, le cas échéant, l'acte en question n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsque, nonobstant le refus de prise en charge par l'assurance maladie, la personne protégée accepte les propositions du médecin-dentiste, le tarif appliqué doit lui être communiqué au préalable et par écrit. Le consentement à pareille intervention fait l'objet d'une convention écrite entre le médecin-dentiste et le patient. Cette convention contient obligatoirement la stipulation que l'assurance maladie n'intervient pas dans la prise en charge des frais que cette intervention génère, ni dans ceux qui se dégagent du traitement post-opératoire ou dans ceux causés par des séquelles éventuelles.

Lorsque l'acte cause des frais accessoires tels frais hospitaliers, pharmaceutiques ou des honoraires à d'autres prestataires de soins ou professionnels de santé visés par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le médecin-dentiste en informe la personne protégée au préalable. Cette information contient le renseignement que ces frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Transmission et circulation des données

Art. 18. Dans le cadre des dispositions de la présente convention régissant leurs relations avec les personnes protégées, avec l'assurance maladie et avec le contrôle médical, les médecins-dentistes font exclusivement usage de formules standardisées de mémoires d'honoraires, de prescriptions médicales, de devis et de déclarations d'incapacité de travail répondant aux critères déterminés dans un cahier des charges conventionnel.

Ces formules contiennent obligatoirement les nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin-dentiste ainsi que les nom, prénom et numéro matricule de la personne protégée. Outre ces inscriptions, le médecin-dentiste peut y faire figurer d'autres indications utiles déterminées par le cahier des charges.

La communication des données nécessaires à la prise en charge des prestations par l'assurance maladie peut également être réalisée par des procédés informatiques dans les conditions à déterminer par voie conventionnelle. Le cahier des charges visé ci-dessus précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques ou informatiques.

Sur tous les documents en relation avec des prestations concernant un accident professionnel présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin-dentiste inscrit dans les rubriques prévues à cet effet le numéro de l'accident ou de la maladie, ou, à défaut, la date de l'accident.

Art. 19. Le cahier des charges visé à l'article 18 fait partie intégrante de la présente convention. Il est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties. La commission est également compétente pour décider de l'agrément des formules standardisées lorsque celles-ci sont réalisées par des moyens informatiques et bureautiques individuels du médecin-dentiste.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées au cahier des charges.

Art. 20. Dans les limites de la présente convention, le coût des formules standardisées concernant les honoraires, les prescriptions, les devis et certificats utilisées par les médecins-dentistes dans leurs relations avec l'assurance maladie, le contrôle médical et les personnes protégées, est supporté par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin-dentiste utilise des formules préimprimées, celles-ci sont mises à disposition par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin-dentiste utilise des formules visées à l'alinéa premier, réalisées par ses propres moyens informatiques ou bureautiques, il est tenu indemne de ses frais par la restitution à charge de l'assurance maladie d'un forfait calculé en fonction du nombre des actes réalisés par lui et du prix moyen unitaire des formules préimprimées visées à l'alinéa qui précède. Les modalités de détermination du forfait font l'objet d'une annexe technique faisant partie intégrante du cahier des charges visé à l'article 18.

La restitution des frais avancés par chaque médecin-dentiste est effectuée d'office par l'union des caisses de maladie au cours du premier trimestre de chaque année.

TITRE V. DICHOTOMIE ET ASSOCIATIONS DE MEDECINS

Partage d'honoraires

Art. 21. Tout partage d'honoraires entre médecins ou entre médecins et tiers est interdit sous quelque forme que ce soit. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

La mise en commun des honoraires dans les associations visées à l'article 3 est autorisée.

Associations de médecins-dentistes

Art. 22. Dans les associations de médecins-dentistes, l'exercice de la médecine dentaire doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Sous réserve des dispositions de l'article 25, tout document, ordonnance et certificat doit porter lisiblement le nom du praticien dont il émane et son code prestataire personnel et être signé par lui.

Auto-prescription

Art. 23. Lorsqu'un médecin-dentiste possédant le titre légal requis à cet effet effectue lui-même des actes professionnels ou délivre des soins prévus par la nomenclature d'une autre profession de santé dans les cas expressément auto-

risés par les règlements ministériels portant nomenclature des actes professionnels, les mémoires d'honoraires qu'il établit distinguent nettement ces actes de ceux inscrits à la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires. Le contrôle médical peut demander à tout moment les justifications médicales pour les prestations ainsi réalisées.

TITRE VI. REDACTION DES MEMOIRES D'HONORAIRES, DES ORDONNANCES ET AUTRES DOCUMENTS EN RELATION AVEC L'ASSURANCE MALADIE: REGLES GENERALES

Mémoires d'honoraires

Art. 24. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 18, doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin-dentiste et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes. Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ou, s'il s'agit de traitements pour lesquels il est prévu un forfait, le début et la fin du traitement.

Les médecins-dentistes doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture-même par leur signature personnelle ou par celle d'un délégué autorisé. La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Des encaissements préalables à la dispensation des prestations délivrées dans le cadre de l'assurance maladie peuvent être exigés de la personne protégée en règlement de frais résultant d'engagements que le médecin-dentiste a contractés avec des fournisseurs tiers en vue d'un traitement déterminé, convenu avec la personne protégée.

Les suppléments pour convenance personnelle non à charge de l'assurance maladie, facturés à titre accessoire ou complémentaire à des prestations susceptibles de prise en charge par l'assurance maladie, doivent figurer avec ces prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires qui ne portent pas toutes les indications obligatoirement prescrites par le cahier de charges prévu ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation, engagent la responsabilité personnelle du médecin-dentiste quant à la conformité des inscriptions.

Les prestations en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

Il est de convention expresse que sur les relevés annuels établis par l'assurance maladie à des fins fiscales, les revenus professionnels de chaque médecin-dentiste, réalisés au cours d'un exercice dans le cadre d'une association visée à l'article 3, alinéa 3, sont imputés exclusivement à l'association.

Art. 25. Lorsque plusieurs médecins-dentistes non liés par un contrat d'association collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun d'eux assume ses responsabilités personnelles et établit une note d'honoraires distincte.

Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes médicaux et médico-dentaires individuels, réalisés par des médecins pratiquant en association, doivent distinguer le code du médecin responsable de l'acte.

Par dérogation à la disposition qui précède, un mémoire d'honoraires collectif portant uniquement l'en-tête et le code prestataire de l'association ne peut être établi que lorsque, en raison de la nature des actes auxquels chaque médecin-dentiste a contribué, ces actes ne peuvent être individualisés. Il en est de même des suppléments pour convenance personnelle qui ne peuvent être individualisés.

Toutefois cette dérogation ne s'applique qu'aux associations de médecins-dentistes réalisant un des actes portés sur une liste qui fait partie de la présente convention.

Ordonnances

Art. 26. A moins qu'il n'en soit disposé autrement, les stipulations des articles 24 à 43 s'appliquent aux ordonnances établies dans le cadre d'un traitement ambulatoire et d'un traitement stationnaire.

Avant de rédiger une ordonnance, le médecin-dentiste s'enquiert si les troubles de la santé dont se plaint la personne protégée ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, tels analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. La personne protégée est tenue de fournir ces renseignements et d'indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés. Si le médecin-dentiste consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 21 du code des assurances sociales.

Règles générales d'établissement des ordonnances

Art. 27. Lorsque l'ordonnance a pour objet des actes, prestations ou fournitures prévus par les nomenclatures visées à l'article 65 du code des assurances sociales, le médecin-dentiste inscrit soit le libellé de l'acte, de la prestation ou de la fourniture tel qu'il figure dans la nomenclature, soit le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature afférente.

Le médecin-dentiste prend soin de porter à la connaissance du prestataire appelé à délivrer les soins ou fournitures les indications complémentaires nécessaires pour le guider au mieux dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles.

Les ordonnances doivent être datées et signées personnellement du médecin-dentiste et porter le code du médecin-prescripteur. Aucune ordonnance ne peut porter une autre date que celle de son établissement.

Les prescriptions en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur une ordonnance distincte.

Le médecin-dentiste indique sur chaque ordonnance la date-limite avant laquelle le traitement doit être commencé. A défaut d'indication précise à ce sujet, le traitement non commencé ou les fournitures non fournies ou non commandées dans les délais fixés à titre subsidiaire par les statuts et par les conventions applicables aux prestataires et fournisseurs, sont inopposables à l'assurance maladie.

Toute ordonnance doit être établie préalablement à la délivrance des prestations ou fournitures qu'elle prescrit, à moins qu'il n'en soit disposé autrement et de manière expresse par la présente convention pour le cas d'urgence.

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

Sous peine que les frais supplémentaires qui en résultent, le cas échéant, ne peuvent être opposés à l'assurance maladie, les ordonnances pour soins à délivrer pour des raisons médicales au domicile de la personne protégée doivent être munies des mots «A DOMICILE».

L'ordonnance est la propriété de la personne protégée.

Ordonnances rédigées ex post en cas d'urgence

Art. 28. En cas d'urgence et de nécessité médicalement motivée et certifiée par le médecin-prescripteur, les prestations concernant le transport ayant une incidence directe sur la santé de la personne protégée, sont pris en charge sur ordonnance établie même postérieurement à leur délivrance. Les ordonnances sont établies au plus tard trois jours après l'évènement et portent la mention «URGENCE».

Amendements d'ordonnance

Art. 29. Toutes les fois que l'exécution d'une ordonnance médicale prête à difficulté, le prestataire ou le fournisseur appelé à l'exécuter peut être autorisé oralement par le médecin-dentiste à amender l'ordonnance originale. Si l'ordonnance n'est pas remplacée dans son intégralité par le médecin-prescripteur, celui-ci relève les faits dans le dossier médical de la personne protégée, à charge par le prestataire de faire sur l'ordonnance originale les mentions prévues par les règles conventionnelles qui lui sont applicables.

TITRE VII. REGLES PARTICULIERES POUR L'ETABLISSEMENT DE CERTAINES CATEGORIES D'ORDONNANCES

Art. 30. La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 18.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient, à moins qu'une partie des médicaments prescrits ne soit en rapport avec un accident ou une maladie professionnels, auquel cas il est procédé conformément à l'article 27, alinéa 4.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription médicale comporte pour chaque médicament le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement, qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Au besoin le médecin indique la voie d'administration.

Il est entendu qu'au cas où aucune indication sur la durée du traitement ne serait inscrite sur l'ordonnance, il n'est délivré que le plus petit conditionnement.

Art. 31. Il est loisible au médecin de prescrire des médicaments sous le nom générique (DCI) ou chimique de la substance active.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie à partir du troisième mois de son établissement.

Substitution de médicaments et délivrance de génériques

Art. 32. Sans préjudice des règles de substitution admises par la convention réglant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens, le pharmacien peut substituer des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale si les circonstances recommandent un tel changement dans l'intérêt du malade, ce de l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée. Dans le cadre de cette substitution le pharmacien peut ajouter ou retrancher des fournitures.

Prescription de médicaments non admis à la vente au Luxembourg

Art. 33. Les médecins-dentistes s'abstiennent de prescrire des médicaments qui ne figurent pas sur la liste officielle des médicaments admis à la vente au Luxembourg, telle que cette liste est déterminée par la convention conclue sur base de l'article 61 du code des assurances sociales entre l'union des caisses de maladie et le groupement professionnel représentatif des pharmaciens.

Lorsqu'une ordonnance porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien peut, avec l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché.

Lorsque le médecin-dentiste prescrit des médicaments non inscrits sur la liste prévue et si, pour des raisons médicales il exclut une substitution, il en informe le malade et, s'il juge que l'administration du médicament est indispensable du point de vue médical, il adresse l'ordonnance au contrôle médical, accompagnée d'un certificat circonstancié.

Lorsque pour des raisons graves et urgentes, à apprécier par le médecin-prescripteur, l'accord du contrôle médical ne peut être attendu avant l'administration du médicament en question, une copie de l'ordonnance, accompagnée d'une explication justificative, doit être adressée incontinent au contrôle médical.

A défaut de demande dans les formes prévues ci-dessus, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie est refusée.

Ordonnances pour certains médicaments psychotropes injectables administrés en cas d'urgence

Art. 34. Les médicaments psychotropes injectables suivants, administrés par le médecin-dentiste en dehors du milieu hospitalier, sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie :

- Valium solution injectable 10mg/2ml (boîte à six ampoules),
- Haldol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules),
- Déhydrobenzoperidol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal solution injectable 40mg/2ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal forte solution injectable 80mg/4ml (boîte à cinq ampoules)

Ces médicaments sont délivrés dans les conditionnements prévus sans frais au médecin-dentiste en pharmacie publique en quantité adaptée aux besoins de sa trousse contre remise d'une ordonnance dûment datée et signée, spécifiant les médicaments à délivrer et portant la mention «**POUR TROUSSE**».

Pour les pansements et autres petits moyens non inclus dans le prix de l'acte délivrés en cas d'urgence, le médecin-dentiste établit une ordonnance pour des fournitures de même nature et se fait restituer celles-ci.

Ordonnances à titre préventif

Art. 35. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du code des assurances sociales, les médicaments, pansements et autres fournitures ne peuvent être prescrits à charge de l'assurance maladie si par sa prescription le médecin-dentiste accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance le médecin-dentiste n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Le médecin-dentiste s'abstient notamment de prescrire à charge de l'assurance maladie des médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousse d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention «**PREVENTIF**».

Ordonnances pour examens de laboratoire

Art. 36. Les examens de laboratoire sont ordonnés sur une feuille d'ordonnance spéciale définie au cahier des charges prévu à l'article 18.

Chaque prescription de laboratoire distincte doit être libellée individuellement d'après les modalités prévues au cahier des charges visé à l'article 18.

Lorsque la pathologie particulière de la personne protégée exige des examens de laboratoire à intervalles réguliers, le prescripteur est habilité à émettre en une seule fois un nombre d'ordonnances suffisant pour permettre une surveillance du malade pendant une période de six mois au plus. Les dates-limites de chaque examen doivent être mentionnées sur les ordonnances.

Lorsqu'un médecin-dentiste réalise des actes professionnels visés par l'article 6 de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales pour les analyses de pratique courante dont la réalisation dans les cabinets médicaux et médico-dentaires est autorisée par la liste prévue à l'article 6 précité et qui sont inscrits dans la nomenclature générale des analyses de laboratoire et de biologie clinique visée à l'article 65 du code des assurances sociales, il est dispensé de l'établissement d'une ordonnance dans les formes prescrites par la présente convention. Les actes en question figurent sur la note d'honoraire d'après le code qu'ils portent dans la nomenclature afférente.

Les ordonnances concernant des examens de laboratoire réalisés à des fins scientifiques ne sont pas à charge de l'assurance maladie et doivent être marqués conformément aux dispositions de la nomenclature des actes de laboratoire.

Ordonnances pour imagerie médicale

Art. 37. Le cas d'urgence excepté, le médecin-dentiste qui ordonne un examen pour imagerie médicale s'informe auprès du malade si la pathologie dont il se trouve saisi a déjà fait l'objet d'une exploration antérieure par imagerie médicale. Le cas échéant le médecin-ordonnateur provoque la communication des données médicales afférentes.

Les ordonnances pour imagerie médicale ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles précisent la région du corps à explorer.

Les ordonnances pour imagerie à résonance magnétique ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles font état de toutes les informations préliminaires spéciales indispensables aux médecins du centre chargé de leur exécution.

Ordonnances pour soins d'infirmier

Art. 38. Lorsque les ordonnances pour soins d'infirmier prévoient des injections, ces ordonnances doivent spécifier le nom du médicament et la dose à injecter.

Ordonnances pour prestations d'orthophonie

Art. 39. Les ordonnances pour les prestations d'orthophonie en séries sont précédées par une ordonnance médicale prescrivant l'établissement des bilans, examens fonctionnels et d'aptitude préalables prévus par les nomenclatures afférentes.

Art. 40. Les prestations d'orthophonie en série sont prescrites sur le vu des bilans, examens préalables et plans de traitement établis le cas échéant par le prestataire et après leur approbation par le médecin traitant dans le délai de quinze jours de leur réception. Les traitements en série consécutifs à une première série sont ordonnés sur le vu d'un bilan intermédiaire.

Ordonnances pour fournitures

Art. 41. Le médecin qui prescrit des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts de l'union des caisses de maladie doit se référer à la liste des produits remboursés par l'assurance maladie ou, en cas de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, aux nomenclatures afférentes.

Lorsque la prothèse ou la fourniture qu'il prescrit ne figure pas sur cette liste et si une fourniture de substitution prise en charge par l'assurance maladie ne peut être envisagée pour des raisons médicales, il en informe le malade par écrit.

Les moyens accessoires comme bandelettes et lancettes sont prescrits sous le nom de marque avec indication de la quantité à délivrer. Si la personne est insulino-dépendante, cette indication doit figurer sur la prescription.

A défaut d'indications précises pour les pansements, le plus petit conditionnement ou le plus économique est seul pris en charge.

Lorsqu'il s'agit de fournitures pour lesquelles un devis ou une autorisation du contrôle médical est prescrit par les statuts, le prescripteur en informe la personne protégée à la délivrance de l'ordonnance.

Ordonnances pour le transport de malades

Art. 42. Sauf en cas d'urgence, les transports de malades effectués à charge de l'assurance maladie par un véhicule ambulancier doivent être ordonnés préalablement par un médecin.

Les ordonnances spécifient si l'état du malade nécessite un transport par air ou par terre ainsi que si le transport peut être effectué en voiture automobile normale ou s'il doit être effectué par un véhicule sanitaire léger ou une ambulance médicalisée avec ou sans accompagnement d'un médecin.

Art. 43. Les ordonnances prescrivant des traitements en série et pour lesquelles le transport de la personne protégée est nécessaire doivent faire état d'une motivation médicale.

Ordonnances rédigées lors d'un traitement stationnaire

Art. 44. Lorsque les ordonnances concernent les soins, fournitures et prestations délivrés au cours d'un séjour stationnaire dans un hôpital ou un hôpital psychiatrique ou neuropsychiatrique fermé, il peut être dérogé aux articles 24 à 43 d'après les règles prévues ou à prévoir au Titre X.

Certificats d'incapacité de travail

Art. 45. En cas d'incapacité de travail de la personne protégée, le médecin-dentiste établit personnellement une attestation médicale sur la formule standardisée prévue à ces fins et la remet à la personne protégée.

Sauf le renouvellement d'un certificat en cas de traitement hospitalier stationnaire, il est interdit au médecin-dentiste d'attester l'incapacité de travail sans avoir vu la personne protégée au jour de l'établissement du certificat.

Les certificats doivent être complets. Le médecin-dentiste y précise notamment si les sorties sont autorisées ou défendues et s'il s'agit d'un premier certificat ou d'un renouvellement.

Le médecin-dentiste ayant ordonné l'hospitalisation d'une personne protégée en activité de service et qui, en raison de son état de santé ne peut s'occuper elle-même de l'affaire, doit faire parvenir l'attestation susvisée sans délai à l'administration de l'hôpital en vue de sa transmission immédiate vers la caisse de maladie compétente.

Transfert de malades à l'étranger

Art. 46. La prise en charge par l'assurance maladie des consultations à l'étranger est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin établi au Luxembourg. Les traitements à l'étranger doivent être demandés au moyen d'un certificat médical dressé par un médecin-spécialiste.

La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger ainsi que la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg.

Lorsque l'ordonnance rend nécessaire le dévoilement d'un secret professionnel, le médecin remet l'ordonnance sous pli fermé soit au malade, soit directement au contrôle médical.

Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin justifie l'urgence sur l'ordonnance remise au contrôle médical.

Art. 47. Les demandes de transfert pour l'obtention d'actes, services et fournitures à l'étranger à charge de l'assurance maladie ne peut en aucun cas concerner des prestations en rapport avec une affection ou un traitement exclus de la prise en charge par les statuts.

TITRE VIII. CONVENANCE PERSONNELLE DE LA PERSONNE PROTÉGÉE

Dispositions générales

Art. 48. La mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle présuppose une information préalable en ce sens de la personne protégée. Le traitement en question ne peut être commencé que lorsque la personne protégée a donné son accord pour prendre le supplément d'honoraires à sa charge.

Traitement en première classe

Art. 49. En cas de traitement stationnaire, le fait que la personne protégée ait choisi de se faire soigner à titre de convenance personnelle dans une chambre d'hôpital de première classe, confère au médecin le droit d'appliquer un tarif majoré de soixante-six pour cent (66 %) par rapport au tarif officiel pour les actes prestés au lit du malade hospitalisé en deuxième classe.

Aucune majoration du tarif ne peut être mise en compte lorsque l'hospitalisation dans une chambre à un lit est nécessaire pour des raisons médicales dans les cas prévus par les conventions liant l'union des caisses de maladie aux hôpitaux.

Lorsque la personne protégée occupe à titre de convenance personnelle une chambre de première classe pendant une partie de son séjour seulement, le tarif d'honoraires majoré n'est dû que pour les actes prestés aux journées entières passées dans cette chambre. La journée entière est comptée de minuit à minuit. Toutefois les actes prestés au lit du malade peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de la délivrance de ces actes.

Si l'hospitalisation ne couvre pas une journée entière mais que le séjour a lieu en chambre de première classe, les honoraires majorés peuvent être appliqués aux actes prestés le jour de l'hospitalisation.

Toutefois les actes prestés en salle d'opération peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de l'intervention chirurgicale ou de la sortie de la salle de soins intensifs.

Le tarif majoré pour chambre de première classe peut être appliqué aux prestations délivrées en salle de soins intensifs au maximum pendant les trois premiers jours y passés, à condition que la personne protégée ait occupé une chambre de première classe avant son admission en soins intensifs. Cette limitation ne s'applique pas lorsque le choix de la chambre de première classe est effectué dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède. Le choix de la convenance personnelle doit être renouvelé après le troisième jour passé en soins intensifs, par écrit, sur un formulaire signé à cet effet par la personne protégée elle-même ou, à défaut, par les membres de sa famille qui s'obligent personnellement dans ce cas.

Convenance personnelle

Art. 50. Les indemnités pour non-respect de rendez-vous ne peuvent être mises en compte que si le médecin-dentiste a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre en cas d'annulation du rendez-vous.

Constitue une convenance personnelle de la personne protégée conférant au médecin-dentiste le droit à la perception d'un supplément d'honoraires, facturé avec tact et mesure :

- 1) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis à condition que le rendez-vous ait été respecté par le médecin. (code CP1)
- 2) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi-matin et donné par un médecin-dentiste qui travaille du lundi au vendredi. (code CP2)
- 3) le fait que la personne protégée vient trop tard à son rendez-vous sans fournir d'excuse valable. (code CP3)

Pour le médecin-dentiste qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous :

- 4) le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin-dentiste n'ont pas été acceptées. (code CP4)
- 5) l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence. (code CP5)
- 6) Le fait par la personne protégée de se faire attribuer des soins lors d'une consultation ou visite d'urgence telles que celles-ci sont définies dans la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin. (code CP6.)
- 7) Le fait par la personne protégée de solliciter les conseils du médecin-dentiste par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins. (code CP7)
- 8) Les prestations et fournitures dentaires convenues avec la personne protégée et délivrées en dépassement des tarifs de prise en charge de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents, sont facturées sous le seul code. (code CP8)

Dans le cas de mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle du malade dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin inscrit sur la note d'honoraires, respectivement la quittance, les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6, CP7 ou CP8.

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

Le fait de ne pas être venu à son rendez-vous sans excuse préalable donne droit à la mise en compte, à titre d'indemnité, d'une consultation normale non remboursable par l'assurance maladie, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un montant en relation avec le préjudice subi par le médecin-dentiste, déterminé avec tact et mesure. La quittance afférente indique le montant réclamé de la consultation et porte la mention «RV non observé.»

L'indemnité pour non-respect de rendez-vous est due si le rendez-vous n'a pas été décommandé 24 heures à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement plus important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important et le délai de décommandement applicable est communiqué à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.

Dans le cas visé sous 5) ci-dessus, l'indemnité pouvant être réclamée est égale à la différence entre le tarif de la consultation ou la visite normale et celui de la consultation ou la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité.

Règles conventionnelles appliquées aux traitements dentaires

Art. 51. Dans tous les cas où le médecin-dentiste propose à la personne protégée de procéder à des traitements dentaires non prévus par la nomenclature des actes médico-dentaires, mais que des traitements comparables ou des traitements ayant la même finalité thérapeutique sont pris en charge par l'assurance maladie, le médecin-dentiste, avant l'établissement du devis prévu à l'article 18, donne à la personne protégée un éclaircissement préalable et aussi exhaustif que possible afin de permettre à celle-ci de consentir en connaissance de cause à un traitement non pris en charge par l'assurance maladie. Cet éclaircissement est donné en conformité avec les articles 17 et 73 de la présente convention.

Tout traitement d'orthodontie envisagé par un médecin-dentiste est proposé à la personne protégée sur base d'un plan de traitement détaillant les différentes phases d'après les positions prévues au chapitre 8 de la nomenclature des actes médico-dentaires.

Sauf urgence et sauf demande expresse de la personne protégée, le traitement ne peut être commencé à charge de l'assurance maladie qu'après avis du contrôle médical communiqué au médecin-dentiste dans le délai prévu à l'article 17.

Le traitement d'orthodontie se fait sous la responsabilité du médecin-dentiste traitant et sa facturation, sans préjudice de la mise en compte d'un acompte conformément à l'article 24, se fait selon les périodes prévues par la nomenclature, suivi d'une contention éventuelle.

L'interruption momentanée du traitement d'orthodontie pour des raisons médicales indépendantes de la volonté de la personne protégée, notées dans le dossier médical, et la reprise de ce même traitement ne peut être considérée comme deuxième traitement.

Sans préjudice des missions conférées au contrôle médical en vertu du code des assurances sociales, l'assurance maladie peut demander au contrôle médical de vérifier si l'appareil est porté par la personne protégée. Pour des raisons médicales ou de refus de collaboration, notées dans le dossier médical, le médecin traitant est en droit d'arrêter le traitement en cours.

La personne protégée est libre de décider de changer de médecin-dentiste traitant pour des raisons personnelles. Dans ce cas elle doit avertir le médecin qui a commencé le traitement et régler les honoraires pour les prestations reçues. Ce changement ne peut donner lieu à un refus de prise en charge par l'assurance maladie pour interruption injustifiée du traitement ou pour cause de deuxième traitement non autorisé à condition que le traitement soit terminé auprès d'un autre médecin-dentiste dans un délai raisonnable.

Sans préjudice de la condition qu'une autorisation préalable du contrôle médical doit être obtenue avant la prise en charge par l'assurance maladie, aucun devis formel n'est requis si les prestations et fournitures proposées par le médecin-dentiste sont intégralement couvertes par la mise en compte des tarifs résultant de l'application de la nomenclature et sans un quelconque dépassement par rapport aux tarifs de prise en charge.

La réponse des caisses de maladie aux demandes d'autorisation des traitements dentaires donnée suite à l'avis du contrôle médical est transmise sur des formules standardisées et contient, le cas échéant, des remarques-type définies au cahier des charges prévu à l'article 18 par des formules ou codes conventionnels.

TITRE IX. EXERCICE CONVENTIONNEL DE LA MEDECINE HOSPITALIERE

Déclaration d'admission et de sortie en cas de traitement stationnaire

Art. 52. La prise en charge par l'assurance maladie des soins, prestations et fournitures dispensés en traitement stationnaire à l'hôpital est soumise à la communication à l'union des caisses de maladie d'une déclaration spéciale dénommée «Demande de prise en charge».

Si l'admission est décidée par un médecin-dentiste celui-ci signe la déclaration qui est transmise à l'union des caisses de maladie par les voies et modalités prévues à la convention conclue avec le groupement des hôpitaux.

Si la fin du traitement stationnaire est décidée par le médecin-dentiste, celui-ci la déclare à l'hôpital sur un formulaire spécial. Le volet destiné au contrôle médical comprend communication obligatoire du diagnostic principal et les diagnostics complémentaires par le médecin traitant. Les diagnostics sont indiqués au niveau quatre chiffres de la CIM.

Documentation des actes médicaux et médico-dentaires délivrés en milieu hospitalier

Art. 53. Tout acte médical qui est réalisé par un médecin-dentiste dans un hôpital conventionné sur base de l'article 75 du code des assurances sociales est documenté dans le dossier médical hospitalier détenu par l'hôpital.

Pour la notation de l'acte, le médecin-dentiste se réfère à la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires. S'il s'agit d'actes non prévus par la nomenclature, ceux-ci sont indiqués par un libellé littéral, de même que leur nombre et les moyens et installations de l'hôpital utilisés pour leur réalisation.

TITRE X. RELATIONS ADMINISTRATIVES DU CORPS MEDICAL AVEC LA SECURITE SOCIALE

Rapports médicaux

Art. 54. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale et des institutions de sécurité sociale dans le cadre de leurs missions légales, le médecin-dentiste leur transmet, sauf justification légitime, dans le délai de quinze jours les rapports et autres documents visés à l'article 21 du code des assurances sociales.

Si, malgré un rappel, le médecin-dentiste ne transmet pas les documents conformément à l'alinéa ci-dessus, le paiement des honoraires lui réduits dans le cadre du tiers payant peut être suspendu jusqu'à concurrence de dix mille francs. Ce montant est porté au double si le médecin ne donne pas suite à un deuxième rappel.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 55. Dans tous les cas le contrôle médical peut être saisi sans intermédiaire des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable. Si le médecin-prescripteur accepte de solliciter personnellement l'autorisation de prise en charge, il ne peut exiger pour ce service aucune indemnité.

Le médecin-prescripteur spécifie s'il s'agit d'une prestation urgente. Le cas échéant il indique une date-limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces, déterminées le cas échéant au cahier des charges visé à l'article 18, permettant au contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande. Sauf disposition expresse contraire portée par la nomenclature des actes, aucun honoraire ne peut être perçu de ce chef.

L'original des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le contrôle médical au médecin-prescripteur.

Art. 56. Les avis du contrôle médical sont communiqués à l'union des caisses de maladie où à la caisse de maladie compétente, à charge par ces institutions de notifier une décision susceptible de recours à qui de droit.

La décision refusant la prise en charge d'une prestation est communiquée en copie et par simple lettre au médecin-prescripteur.

Lorsque le contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse leur connue de la personne protégée.

Art. 57. Lorsqu'un différend oppose une des institutions visées par le présent titre à un médecin-dentiste au sujet de l'application d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle, les parties en cause échangent leurs vues respectives par écrit.

Déclaration d'accidents et de maladies professionnels

Art. 58. Le médecin-dentiste qui donne les premiers soins après un accident du travail indique sans délai le diagnostic et les autres indications sur le formulaire de l'association d'assurance contre les accidents lui présenté par la personne protégée ou par l'employeur. Si aucun formulaire ne lui est présenté et que, d'après les renseignements dont il dispose, il s'agit néanmoins d'un accident professionnel, le médecin-dentiste inscrit les données requises sur un formulaire mis à sa disposition par l'association d'assurance contre les accidents, qu'il remet à la personne protégée ou, si son état de santé ne permet pas à celle-ci de s'occuper de ses affaires, à l'association d'assurance contre les accidents.

Le médecin traitant qui constate qu'une personne protégée est atteinte d'une maladie professionnelle en fait immédiatement la déclaration à l'association d'assurance contre les accidents sur le formulaire établi à cet effet.

TITRE XI. PAIEMENT DES HONORAIRES

Art. 59. En principe il appartient à la personne protégée de régler les honoraires du médecin-dentiste. Le médecin-dentiste délivre quittance pour le montant reçu sur les formulaires définis par la présente convention et d'après les modalités y prévues.

Sauf les cas prévus à l'article 24, des honoraires à charge de l'assurance maladie ne peuvent être demandés ou acceptés avant la délivrance des soins qui s'y rapportent.

Art. 60. Par dérogation à l'article précédent une procédure de paiement direct par l'assurance maladie, dite procédure du tiers payant, est instituée dans les cas limitativement énumérés ci-après :

- 1) Pour les actes médicaux et médico-dentaires délivrés dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents, à concurrence du montant pris en charge ;
- 2) La même procédure peut être appliquée pour les actes médicaux et médico-dentaires délivrés dans le cadre de la compétence de l'assurance maladie :
 - a) pour les traitements stationnaires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse quatre mille (4.000.-) francs ;
 - b) pour les traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Dans le cas de l'application des dispositions sous a) et b) ci-dessus, la personne protégée ou son représentant autorisé confirme par sa signature et par l'apposition de la mention « Prestations reçues » sur le mémoire d'honoraires, avoir reçu les prestations y figurant.

En cas d'application du tiers payant, la personne protégée paie directement au médecin la partie des honoraires non prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin en donne acquit daté sur le mémoire d'honoraires.

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

Art. 61. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le médecin-dentiste remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 25.

Un mémoire distinct est établi pour chaque personne protégée comme en cas de paiement par celle-ci.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

Le relevé peut être remplacé par un support informatique défini au cahier des charges prévu à l'article 18.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le médecin-dentiste. Chaque médecin-dentiste ne peut indiquer qu'un seul compte. Tout compte peut être modifié sur demande écrite adressée à l'union des caisses de maladie.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au médecin-dentiste un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant, le cachet de la poste fait foi.

Contestation des mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant

Art. 62. Les mémoires d'honoraires contestés par l'assurance maladie sont retournés au médecin-dentiste par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 18.

Sans préjudice de motifs d'exclusion résultant de la loi ou des règlements, les mémoires d'honoraires ne peuvent être contestés que pour violation de la nomenclature ou pour contravention aux dispositions de la présente convention.

Les montants des honoraires contestés sont provisoirement suspendus. La suspension provisoire affecte tous les actes portés sur le mémoire.

Les créances contestées peuvent être reproduites sur un relevé subséquent par le médecin-dentiste, aussitôt que la cause de leur exclusion vient à cesser, mais au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales. Dans le cadre de la procédure de contestation, l'union des caisses de maladie s'engage à ne pas invoquer la prescription si celle-ci est intervenue après la première remise du mémoire visée à l'article 61 ci-dessus.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement exclus de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant. A la requête de la partie intéressée les contestations relatives aux exclusions définitives sont portées devant la commission de surveillance prévue à l'article 72 du code des assurances sociales.

En cas de litige porté devant la commission de surveillance, la suspension de paiement prévue à l'alinéa 3 ci-dessus est levée pour tous les actes individuels ou groupes d'actes figurant sur le mémoire d'honoraires et qui ne sont pas en rapport avec la contestation.

Les médecins-dentistes s'abstiennent de présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante. Cette obligation cesse cependant lorsque la dite procédure aura duré trois mois sans qu'il ne soit intervenu un paiement. Lorsque dans cette hypothèse le médecin-dentiste présente le mémoire à la personne protégée, il en informe l'union des caisses de maladie en lui envoyant une copie du mémoire adressé à la personne protégée en marquant d'une information écrite et bien visible que ce mémoire remplace celui adressé à l'union des caisses de maladie dans le cadre du tiers payant.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 63. Le paiement effectué conformément à l'article 61 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin-dentiste au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin-dentiste a droit de plein droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant des mémoires d'honoraires visés aux alinéas 1 à 3 de l'article 61 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exclusion du tiers payant

Art. 64. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'un mémoire d'honoraires incomplet au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 18 est présenté ou s'il n'est pas conforme au modèle conventionnel;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait été constatée par le médecin-dentiste, notamment dans le cas où l'espace réservé à l'inscription du numéro matricule de la personne protégée est marquée conformément à l'article 9.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 65. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au médecin-dentiste la non-affiliation du patient et ne peut refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le médecin-dentiste a été faite conformément à l'article 9.

Art. 66. Les honoraires payés par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 60, sous 1) en l'absence d'une reconnaissance de la responsabilité par l'assurance accidents, restent acquis au médecin-dentiste dans tous les cas où celui-ci a pu légitimement admettre qu'il s'agissait d'un accident du travail.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 73 du code des assurances sociales lorsque des paiements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégalement obtenus.

Action directe

Art. 67. Les médecins visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée que lorsque le médecin-dentiste prouve que le non paiement allégué a pour cause l'insolvabilité, le décès ou une résidence non connue de la personne protégée. Dans les cas d'insolvabilité le médecin-dentiste remet à l'union des caisses de maladie l'original du titre exécutoire obtenu, constatant le non-paiement de l'ordonnance conditionnelle de paiement ou la non-contradiction à tout autre exploit introductif. La disparition ou la résidence non connue est valablement constatée par un document émanant du greffe, d'un huissier ou de la poste constatant l'impossibilité de notifier ou de signifier.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le médecin-dentiste ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

TITRE XII. REVISION ANNUELLE DES TARIFS D'HONORAIRES

Périodicité, forme et méthodologie des révisions tarifaires

Art. 68. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires sont révisés tous les ans. Les révisions des tarifs interviennent au 1er janvier de chaque année.

Les tarifs font corps avec la présente convention. Les adaptations sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord, accompagné d'un tableau portant le tarif arrondi individuel de chaque acte. Le tarif des actes susceptibles d'être appliqués en cas de traitement hospitalier stationnaire montrent le tarif officiel pour la chambre en deuxième classe ainsi que le tarif majoré pour convenance personnelle en cas d'hospitalisation en chambre de première classe.

Le protocole d'accord et le tableau des tarifs est établi en double exemplaire, signé et paraphé par les parties et publié au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Art. 69. Dans le cadre des négociations pour la révision annuelle des tarifs prévue à l'article 67 du code des assurances sociales les parties acceptent, en ce qui concerne la constatation de la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs, de se référer aux données officielles et, pour le calcul de la variation, d'adopter une méthodologie arrêtée entre parties.

TITRE XIII. RELATIONS DU CORPS MEDICAL AVEC LES PERSONNES PROTEGEES

Dossier médical

Art. 70. Lorsque le médecin-dentiste quitte son cabinet pour aller exercer dans un autre endroit ou pour prendre sa retraite, les malades peuvent demander la transmission de leur dossier à un médecin-dentiste de leur choix. Seront transmises les pièces indispensables à la continuation des soins, tels que résultats d'analyses, rapports de radiologie ou d'autres investigations. Les notes personnelles du médecin-dentiste peuvent être détruites. Le médecin lui-même doit faire le tri dans son fichier.

Tout médecin-dentiste prend les dispositions nécessaires à ce qu'en cas de son décès, les dossiers médicaux et médico-dentaires dont il est détenteur puissent être tenus à la disposition de sa patientèle et transférés conformément à l'article 21 du code des assurances sociales pendant un délai d'au moins trois mois à partir du décès et qu'après cette date, en cas de non reprise du cabinet par un confrère, que les dossiers puissent être transférés au contrôle médical sur l'initiative de l'union des caisses de maladie.

L'union des caisses de maladie est autorisée à informer le public par les moyens qu'elle juge appropriés sur la faculté de demander le transfert des dossiers personnels conformément à l'alinéa qui précède.

Secret médical

Art. 71. Le secret professionnel s'impose à tout médecin-dentiste .

Le médecin-dentiste veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment.

Les membres du personnel des administrations et institutions d'assurances sociales qui, en vertu de la présente convention entretiennent des rapports avec le corps médical, sont pareillement soumis au secret professionnel tel que celui-ci est réglé par le statut du personnel applicable et par l'article 300 du code des assurances sociales.

Les médecins-dentistes sont autorisés à communiquer aux personnes obligées au secret professionnel et liées par une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales ou par leur statut légal, les informations utiles et nécessaires à l'exécution des devoirs professionnels qui sont imposés à ces personnes.

Relations avec les personnes protégées

Art. 72. Un médecin, qui a été appelé en consultation, ne doit pas de sa propre initiative revenir auprès de la personne protégée examinée en commun en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Un médecin qui a été appelé en consultation ou qui a reçu une personne protégée envoyée en consultation par un confrère ne doit pas, sauf volonté contraire de la personne protégée, et sans en aviser son confrère, poursuivre les soins exigés par l'état du patient lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant.

Art. 73. Le médecin-dentiste informera le malade sur sa maladie, les conséquences et le traitement envisagé, de façon adéquate, compte tenu des circonstances et de la personnalité du malade.

TITRE XIV. BON USAGE ET QUALITE DES SOINS

Respect de la nomenclature

Art. 74. Les médecins-dentistes s'engagent au respect de la nomenclature des actes et services qui leur est applicable et au respect des tarifs conventionnels.

Lorsqu'il est dans l'intérêt d'une application uniforme ou plus harmonieuse de la nomenclature, les parties s'engagent à saisir la commission de nomenclature conformément à l'article 65, alinéa 9 du code des assurances sociales d'une proposition commune de modification.

Les parties souscrivent à l'engagement réciproque de se consulter dans le cadre de propositions nouvelles pour la nomenclature tendant à assurer le progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des soins.

Qualité des soins et qualification médicale

Art. 75. Le médecin-dentiste ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses possibilités et ses compétences.

Si en principe tout médecin-dentiste est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement pour lesquels il a reçu un enseignement adéquat, il doit veiller à limiter son art essentiellement à la spécialité qui lui a été reconnue ainsi qu'aux disciplines connexes, sauf en cas d'urgence.

Le médecin-dentiste ne peut faire état d'une qualification professionnelle qu'il n'a pas acquise par une formation adéquate et suffisante correspondant à un enseignement supérieur de niveau universitaire.

TITRE XV. MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES - LUTTE CONTRE LA CONSOMMATION ABUSIVE DE SOINS, FOURNITURES ET PRESTATIONS DE SANTE

Bon usage des soins

Art. 76. Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les médecins-dentistes visés par la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie médicale et aux données acquises par la science.

Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.

A cet effet, les médecins-dentistes s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et médico-dentaires et les prescriptions à l'état de chaque malade.

Art. 77. En vue de la réalisation des objectifs visés à l'article 76, les médecins-dentistes s'engagent à tenir compte, dans le choix de leurs actes, de leurs prescriptions et de leurs hospitalisations, des recommandations prévues par l'article 78, ainsi que, dans le choix de leurs prescriptions pharmaceutiques, des indications fournies dans la liste des médicaments, dite «fiches de transparence» établie par le ministère de la Santé, ou par tout autre outil de même nature.

Maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Art. 78. Conformément à l'article 64, al. 2 du code des assurances sociales et afin d'assurer une évolution harmonieuse des dépenses, et notamment de garantir une stabilité des taux des cotisations d'assurance maladie, les parties signataires conviennent de ce qui suit :

La maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses consiste en l'optimisation des soins sans pour autant organiser ou permettre un quelconque rationnement. Elle repose sur la garantie de la qualité des soins, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir à apporter à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur des systèmes de soins.

Elle s'accomplit dans l'exercice quotidien de chaque médecin. Celui-ci garde sa totale liberté pour adapter les soins au cas particulier du malade qu'il a en face de lui.

Art. 79. Les parties signataires décident de dépasser la simple maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie et de tout mettre en oeuvre pour assurer une maîtrise médicalisée des dépenses.

A l'effet de garantir une qualité des soins associée à une médication économique, les parties signataires décident d'élaborer annuellement des recommandations en terme de coût/efficacité, portant notamment sur les actes médicaux, les prescriptions (diagnostiques et thérapeutiques). Ces recommandations s'inscrivent dans un ou plusieurs thèmes médicaux définis préalablement de façon conjointe.

Elles s'appuient sur l'évolution des connaissances validées par le monde scientifique, à travers des procédures telles que les conférences de consensus, l'évaluation des comportements et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. L'impact de ces recommandations en terme d'économies escomptées devra être annuellement estimé.

Art. 80. Les parties signataires décident d'établir chaque année un rapport sur l'impact des recommandations élaborées conformément à l'article précédent. Ce bilan portera à la fois sur la transformation des comportements et des stratégies et sur les économies réalisées en matière de dépenses d'assurance maladie. Il sera suivi d'adaptations des actions entreprises en matière de maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Tableaux statistiques individuels sur la consommation des soins de santé des personnes protégées

Art. 81. L'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement de procéder dans le cadre de l'article 23 du code des assurances sociales à l'établissement régulier de tableaux statistiques sur la consommation individuelle des prestations de santé des personnes protégées. Ces statistiques sont établies d'après les normes et règles statutaires afférentes. Les comportements reconnus comme étant abusifs d'après les normes établies par les statuts sont sanctionnés conformément aux dispositions y prévues.

Dans son rapport annuel l'union des caisses de maladie signale, sous forme de données dépersonnalisées, les statistiques concernant les cas d'abus de consommation de prestations de santé constatés, ainsi que le bilan des mesures prises à l'égard des personnes sanctionnées.

Tableaux statistiques individuels sur l'activité médicale

Art. 82. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes à l'engagement de collaborer conformément à l'article 341, sous 5) du code des assurances sociales à l'établissement d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater une déviation injustifiée éventuelle.

Dans l'évaluation de l'activité médicale des associations visées à l'article 3, alinéa 2 et 3 aux fins de l'application de l'article 73, alinéa 2 du code des assurances sociales, l'union des caisses de maladie s'engage à prendre en considération en premier lieu l'activité de l'association dans son ensemble.

En vue de la saisine des juridictions compétentes à l'effet de sanctionner les déviations injustifiées de l'activité d'un prestataire l'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement d'apprécier l'activité individuelle d'un membre d'une association de médecins uniquement dans la mesure où cette déviation peut être constatée dans le chef personnel du médecin-dentiste en cause et que la déviation soit appréciée d'après les mêmes critères que ceux appliqués aux comportements individuels d'autres médecins de la même discipline médicale.

TITRE XVI. MEDECINE PREVENTIVE ET EDUCATION SANITAIRE

Collaboration à la médecine préventive et à l'éducation sanitaire

Art. 83. L'union des caisses de maladie et l'association des médecins et médecins-dentistes conviennent de contribuer, dans la mesure où elles disposent des ressources morales et matérielles nécessaires, à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation sanitaires initiées soit par les signataires de la présente convention, soit par les pouvoirs publics ou d'autres organisations oeuvrant dans le domaine de la santé.

Programmes de médecine préventive

Art. 84. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes l'engagement de négocier toutes initiatives de programmes de médecine préventive lui soumis par la direction de la santé ou initiés par l'association des médecins et médecins-dentistes, qui sont susceptibles d'être conclus avec le ministre de la santé conformément à l'article 19 du code des assurances sociales.

TITRE XVII. INFORMATION DU CORPS MEDICAL

Art. 85. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et conventionnelles entre les signataires de la présente convention.

Conventions avec des tiers

Art. 86. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers en vertu de l'article 61 du code des assurances sociales intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

L'union des caisses de maladie s'engage à communiquer pour information à l'association des médecins et médecins-dentistes le projet des dispositions conventionnelles avec les différentes professions de santé prévues à l'article 61 du code des assurances sociales lorsque ces dispositions concernent les relations entre l'assurance maladie, les prestataires concernés et le corps médical.

TITRE XVIII. INFORMATION ET FORMATION CONTINUE

Législation sociale et de santé

Art. 87. Tout médecin-dentiste a l'obligation de connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne.

Campagnes d'information

Art. 88. Les parties signataires mettent tout en oeuvre pour faire connaître les recommandations prévues à l'article 79. A cet effet, elles prévoient des campagnes d'information auprès des médecins-dentistes concernés et des personnes protégées.

Formation et initiation à la législation sociale

Art. 89. Les parties signataires de la présente convention prennent l'engagement de collaborer dans le cadre de la formation prévue à l'article 341, sous 12) du code des assurances sociales, par toutes mesures appropriées en faveur des

médecins-dentistes nouvellement établis au Grand-Duché de Luxembourg une formation dans les matières touchant aux rapports entre le corps médical, l'assurance maladie, l'assurance accidents, le contrôle médical, les personnes protégées et les autres prestataires de soins, tels que ces rapports sont régis par lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

Formation professionnelle continue

Art. 90. Le médecin-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les matières professionnelles et scientifiques qui le concernent dans l'exercice de son art.

Les parties signataires conviennent de saisir le ministère de la Santé d'une demande conjointe d'organisation d'une formation médicale continue en rapport notamment avec les thèmes médicaux retenus dans le cadre de l'article 79. De plus, les parties signataires conviennent de privilégier ces thèmes dans les formations professionnelles organisées par elles-mêmes.

TITRE XIX.- DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Oposabilité conventionnelle des statuts

Art. 91. Les décisions relatives aux prestations de soins de santé prises par l'assemblée générale ou les organes compétents des institutions de sécurité sociale, modifiant, dans le cadre de leurs attributions légales, les conditions de prise en charge des prestations ou fournitures par l'assurance maladie, contiennent des dispositions qui rendent ces mesures opposables aux médecins-dentistes dans le délai de 15 jours au plus tôt à partir de la date de leur publication au Mémorial.

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

Art. 92. Les médecins-dentistes font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins nécessités le cas échéant par l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Introduction de moyens thérapeutiques et fournitures nouveaux

Art. 93. Tout médecin-dentiste qui se propose de prescrire à une personne protégée une fourniture ou un moyen thérapeutique qui ne sont pas prévus par la nomenclature prévue à l'article 61, sous 7) ou qui ne figure pas dans la liste des fournitures et appareils prévus par les statuts, ou contenus dans la liste des implants, plâtres, sondes, cathéters et autres moyens thérapeutiques prévus par la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et l'entente des hôpitaux, adresse au contrôle médical un dossier complet contenant toutes les informations scientifiques nécessaires sur le produit, ainsi que les indications et applications thérapeutiques.

La prise en charge de la fourniture est subordonnée dans ce cas à l'autorisation provisoire du contrôle médical donnée suivant une procédure spéciale prévue par les statuts.

Information de la personne protégée en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession médicale dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents professionnels

Art. 94. Le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie est habilité à faire connaître au public par un communiqué formulé conjointement par les parties signataires de la présente convention, la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession médico-dentaire encourue dans le cadre de l'article 73 du code des assurances sociales, dans le cadre de mesures disciplinaires décidées par le collège médical ou dans le cadre de l'article 15 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Glossaire et définitions

Art. 95. Un glossaire qui fait partie intégrante du présent accord définit les termes et expressions y spécifiées, utilisées dans le cadre de la présente convention.

Sauf spécification contraire ou spéciale, les termes «assurance maladie» englobent également l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels.

Engagements communs avec les médecins

Art. 96. Pour les annexes prévues à l'article 7 concernant le service de garde et d'urgence, les parties se réfèrent à la convention pour les médecins.

XX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Mise en vigueur

Art. 97. Sauf les exceptions prévues ci-après, la présente convention entre en vigueur au premier janvier 1994.

Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 98. La dispensation de traitements médicaux, des soins de santé et des fournitures délivrés sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le médecin-dentiste, le prestataire ou le fournisseur.

Art. 99. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 83 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Les affaires pendantes devant la commission de surveillance instituée sur base de convention en vigueur au 31 décembre 1993 sont reprises dans l'état de la procédure où elles se trouvent au 31 décembre 1993 par la commission de surveillance instituée à l'article 72 du code des assurances sociales.

Traitements médicaux chevauchant sur la date de mise en application des nouvelles dispositions légales, réglementaires et conventionnelles

Art. 100. Les traitements médicaux et autres prestations s'étendant sur plus d'une séance pour lesquels il est prévu une seule position à la nomenclature des actes en vigueur au 31 décembre 1993 et commencés au plus tard à cette date et qui se terminent après le 1er janvier 1994 seulement, restent régis dans l'ensemble par les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au jour de leur commencement. Ceci est notamment le cas pour les traitements dentaires, les cures, les cures de convalescence et généralement les traitements stationnaires dispensés en milieu hospitalier. Est considéré comme jour du commencement le jour où il est délivré la première séance ou prestation en rapport avec le traitement.

A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge, par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 101. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont calculés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 102. Sont mis en vigueur à une date ultérieure, à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant, les dispositions ayant trait à la carte d'assuré, à la communication des données entre parties et prévues aux articles 18 à 20 de la présente convention, à la liste prévue à l'article 25, ainsi qu'au glossaire prévu à l'article 95.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 103. La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les fournitures sont prises en charge d'après les listes prévues dans le cadre des dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Dispositions conventionnelles avec d'autres prestataires et fournisseurs

Art. 104. Les listes de médicaments prévus par la convention visée à l'article 61, sous 7) du code des assurances sociales et les modalités de prise en charge affectant les différentes catégories de médicaments, sont mises en vigueur à une date à déterminer par les statuts ou, à défaut, provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Professionnels de santé exerçant dans les cabinets médicaux

Art. 105. Les contrats de travail valablement conclus avant le 1er novembre 1993 entre un médecin et un prestataire relevant d'une des professions de santé tombant sous le régime d'une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales et qui, par leurs stipulations entrent en conflit à partir du 1er janvier 1994 soit avec les dispositions de la présente convention, soit avec celles prévues dans les diverses conventions visées à l'article 61 précité, restent opposables à l'assurance maladie, à titre exceptionnel, jusqu'au terme où ces contrats de travail expirent individuellement entre les parties contractantes.

Le bénéfice de la disposition précédente est accordé aux médecins et professionnels de santé concernés, sous la condition expresse que l'existence des contrats les liant de part et d'autre soit notifiée à l'union des caisses de maladie au plus tard jusqu'au 31 mars 1994. La notification doit spécifier les noms et qualités professionnelles des contractants ainsi que le terme d'expiration du contrat. Les notifications doivent être accompagnées de la preuve que le salarié a été déclaré à ce titre auprès du centre commun de la sécurité sociale.

Les modifications ayant trait à la durée de validité du contrat entre parties intervenues après le 1er novembre 1993 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les actes prestés par les professionnels de santé liés par des contrats de travail dont l'existence n'a pas été notifiée conformément à la présente convention à l'assurance maladie, ne sont opposables ni à la personne protégée ni à l'assurance maladie.

Médecine préventive

Art. 106. L'union des caisses de maladie s'engage à reconduire l'accord intervenu sous l'empire des dispositions applicables au 31 décembre 1993 en matière de programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, sous réserve d'adapter ses engagements aux exigences de la situation légale et réglementaire telle qu'elle se présente au 1^{er} janvier 1994.

Des dispositions conventionnelles nouvelles relatives à ce programme font l'objet d'une annexe à la présente convention et en font partie intégrante. Elles sont mises en vigueur à une date ultérieure, à déterminer d'un commun accord avec les parties, et publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant.

Formation

Art. 107. Dès que les structures conventionnelles nouvelles, telles qu'elles résultent de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé seront consolidées, les mesures visées à l'article 89 font l'objet de dispositions conventionnelles précises entre parties.

Formulaires transitoires pour devis

Art. 108. Pendant une période transitoire se terminant avec la mise en vigueur du cahier des charges visé à l'article 18, l'union des caisses de maladie met à la disposition des médecins-dentistes, sur leur demande, des formules transitoires pour l'établissement des devis pour prothèses dentaires.

Attribution du code prestataire

Art. 109. Le code du prestataire prévu à l'article 4 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association des médecins
et médecins-dentistes,
le président,*

(s.) Dr. Joe WIRTZ,

*le président du cercle des médecins-dentistes,
(s.) Dr. Gilbert SCHEER*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales

Convention pour les médecins

Préambule

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

les parties soussignées, à savoir :

l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du code des assurances sociales, représentée par son président, le docteur Joe WIRTZ et son secrétaire général, le docteur Guy MEISCH,

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

TITRE I. ETENDUE DE LA CONVENTION

Médecins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les médecins admis à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg, ce pour autant que dans l'exercice libéral de leur profession au pays, ils dispensent à charge de l'assurance maladie et de l'assurance contre les accidents professionnels des actes médicaux ou qu'ils prescrivent des prestations de soins de santé ou des fournitures aux personnes protégées en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La convention s'applique pareillement aux médecins du Centre Hospitalier de Luxembourg engagés à plein temps ou à temps partiel conformément au règlement grand-ducal du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du Centre Hospitalier de Luxembourg, ainsi qu'à tous médecins hospitaliers qui seraient placés sous le même régime contractuel de travail.

La convention s'applique encore aux médecins résidant dans les communes limitrophes des pays voisins et pour lesquels l'autorisation d'exercer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg donnée par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre des conventions internationales existantes a fait l'objet d'une publication au Mémorial, ainsi qu'aux médecins disposant d'une autorisation de prestations de services temporaire, accordée par le ministre ayant dans ses attributions la santé.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

TITRE II. EXERCICE DE LA PROFESSION MEDICALE DANS LE CADRE DE LA CONVENTION

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de médecin au Grand-Duché de Luxembourg, les parties à la présente convention reconnaissent à tout médecin le droit de s'installer librement dans le pays.

La pratique de la médecine en association n'est opposable à l'assurance maladie que si les médecins associés pratiquent tous la même discipline médicale.

L'installation d'un médecin dans une association n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des médecins associés, le numéro de leur code médical individuel, le numéro du code médical de l'association, ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Le fait de se faire remplacer temporairement par un confrère n'est pas considéré comme association au sens des présentes dispositions.

Attribution d'un code médecin

Art. 4. Avant leur entrée en fonctions, les médecins se font attribuer par l'union des caisses de maladie un code médecin individuel. A cet effet il suffit de notifier à l'union des caisses de maladie leur agrément ministériel et l'adresse de leur cabinet.

Un code médecin collectif est attribué aux associations de médecins dès leur constitution sur communication des données visées à l'article précédent.

Exercice de l'activité médicale dans les institutions et établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 5. Les conventions de quelque nature qu'elles soient, conclues avec des établissements autres que les hôpitaux visés à l'article 60, alinéa 2 du code des assurances sociales ne sont pas opposables à la personne protégée et à l'assurance maladie.

La prescription de prestations de soins ou de fournitures et la délivrance d'actes médicaux dans le cadre d'un contrat de quelque nature qu'il soit, par un médecin du travail pour compte du personnel d'une entreprise privée ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Cumul d'activités et opposabilité de l'activité médicale

Art. 6. Sauf les exceptions expressément prévues par la loi, les règlements ou les différentes nomenclatures des actes professionnels des médecins ou des professions de santé, les médecins ne peuvent réaliser à charge de l'assurance maladie que les actes professionnels prévus par la nomenclature médicale.

Les médecins qui exercent la profession de médecin à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession médicale ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Les activités médicales déployées et les prestations fournies ou prescrites dans le cadre de l'assurance maladie en violation des dispositions de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

TITRE III. SERVICE DE GARDE ET D'URGENCE

Art. 7. Les actes posés par les médecins dans le cadre du service d'urgence, du service de remplacement, du service de garde dans les hôpitaux et du service SAMU sont opposables à l'assurance maladie dans la mesure où ces actes correspondent à ceux prévus par la nomenclature des actes médicaux et sont prestés sur base des instruments juridiques régissant le fonctionnement de ces services et dans les conditions que ces instruments déterminent.

Sont visés par la présente disposition les instruments suivants:

- La loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente;
- Le règlement grand-ducal du 17 septembre 1975 portant institution d'un comité permanent des secours d'urgence;
- Le règlement ministériel du 4 février 1976 concernant le service de remplacement des médecins des samedis, dimanches et jours fériés;
- Le règlement grand-ducal du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence;
- Le règlement du service d'urgence pris par l'association des médecins et médecins-dentistes et notamment les articles 3, 4 et 10 de ce règlement.
- Le rapport du 24 mars 1989 du groupe de travail chargé de faire des propositions relatives à la médicalisation des secours d'urgence, tel que ce rapport décrit les devoirs et obligations incombant à ceux qui sont liés par la présente convention.

Le rapport du 24 mars 1989 ainsi que le règlement du service d'urgence mentionnés aux deux tirets finals ci-dessus sont annexés à la présente convention et en font partie intégrante pour ce qui gouverne dans ces instruments les devoirs imposés à ceux qui en sont concernés et pour ce qui régit dans ces instruments les relations entre l'assurance maladie et les médecins.

Art. 8. Sauf en cas de catastrophe ou d'incidents exceptionnels, les interventions dans le cadre du service SAMU à charge de l'assurance maladie sont limitées, en moyenne annuelle, à dix sorties par jour.

TITRE IV. DELIVRANCE DES SOINS

Identification des personnes protégées

Art. 9. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du médecin par la présentation d'une carte d'assuré qui doit être exigée par le médecin.

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

Sauf urgence ou dans le cas prévu à l'alinéa 6 du présent article, le médecin garantit avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de la carte d'assuré ou du document visé à l'alinéa précédent.

Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du médecin, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Le fait par le médecin de reporter le numéro du matricule figurant sur la carte d'assuré sur les documents établis conformément aux modalités arrêtées dans le cahier des charges prévu à l'article 18, constitue à l'égard de l'assurance maladie présomption du contrôle de la concordance de l'identité du bénéficiaire des soins avec le titulaire de la carte d'assuré.

Lorsqu'aucune carte d'assuré n'est présentée et que de ce chef la vérification de l'identité prévue ci-dessus n'a pu être faite, le médecin barre ostensiblement l'endroit prévu pour l'inscription du numéro matricule sur toutes les formules émises en faveur du malade. Lorsqu'il s'agit d'une formule générée par un système informatique, l'espace prévu pour le numéro matricule doit être marqué ostensiblement d'après les modalités convenues au cahier des charges visé à l'article 18.

Carte d'assuré

Art. 10. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales, une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 11. Les parties signataires de la présente convention garantissent aux personnes protégées le libre choix du médecin, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 12 concernant le cas d'urgence, les associations de médecins, la domiciliation temporaire de la personne protégée à titre de sanction et le traitement stationnaire en milieu hospitalier.

Art. 12. Il est reconnu que l'application des dispositions des instruments visés à l'article 8 ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre médecin de leur choix.

Art. 13. Les médecins pratiquant en association sont obligés de respecter le libre choix du médecin par la personne protégée.

Art. 14. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes, obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par les statuts en exécution de l'article 23, alinéa 2 du code des assurances sociales et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Art. 15. Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour stationnaire dans un hôpital par les médecins y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du médecin par la personne protégée.

Liberté thérapeutique et de prescription

Art. 16. En ce qui concerne les prestations appelées à être prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre des nomenclatures des actes prévue à l'article 65 du code des assurances sociales ainsi que de l'article 19, alinéa 3 du même code, la liberté thérapeutique des médecins est garantie.

La liberté de prescription est garantie.

Autorisation préalable prévue par la nomenclature

Art. 17. Lorsqu'un médecin propose à une personne protégée de réaliser un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du contrôle médical, il en informe la personne protégée et entreprend les démarches nécessaires à l'obtention de cette autorisation.

Il est de convention expresse que l'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de trois semaines au plus.

Sur demande expresse du patient ou en cas d'urgence, les médecins peuvent réaliser ces actes avant d'avoir obtenu une décision du contrôle médical. Ils doivent communiquer cette décision à la personne protégée avec l'information que, le cas échéant, l'acte en question n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsque, nonobstant le refus de prise en charge par l'assurance maladie, la personne protégée accepte les propositions du médecin, le tarif appliqué doit lui être communiqué au préalable et par écrit. Le consentement à pareille intervention fait l'objet d'une convention écrite entre le médecin et le patient. Cette convention contient obligatoirement la stipulation que l'assurance maladie n'intervient pas dans la prise en charge des frais que cette intervention génère, ni dans ceux qui se dégagent du traitement post-opératoire ou dans ceux causés par des séquelles éventuelles.

Lorsque l'acte cause des frais accessoires tels frais hospitaliers, pharmaceutiques ou des honoraires à d'autres prestataires de soins ou professionnels de santé visés par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le médecin en informe la personne protégée au préalable. Cette information contient le renseignement que ces frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Transmission et circulation des données

Art. 18. Dans le cadre des dispositions de la présente convention régissant leurs relations avec les personnes protégées, avec l'assurance maladie et avec le contrôle médical, les médecins font exclusivement usage de formules standardisées de mémoires d'honoraires, de prescriptions médicales, de devis et de déclarations d'incapacité de travail répondant aux critères déterminés dans un cahier des charges conventionnel.

Ces formules contiennent obligatoirement le nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin ainsi que les nom, prénom et numéro matricule de la personne protégée. Outre ces inscriptions, le médecin peut y faire figurer d'autres indications utiles déterminées par le cahier des charges.

La communication des données nécessaires à la prise en charge des prestations par l'assurance maladie peut également être réalisée par des procédés informatiques dans les conditions à déterminer par voie conventionnelle. Le cahier des charges visé ci-dessus précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques ou informatiques.

Sur tous les documents en relation avec des prestations concernant un accident professionnel présumé ou reconnu ou une maladie professionnelle reconnue, le médecin inscrit dans les rubriques prévues à cet effet le numéro de l'accident ou de la maladie, ou, à défaut, la date de l'accident.

Art. 19. Le cahier des charges visé à l'article 18 fait partie intégrante de la présente convention. Il est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties. La commission est également compétente pour décider de l'agrément des formules standardisées lorsque celles-ci sont réalisées par des moyens informatiques et bureautiques individuels du médecin.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées au cahier des charges.

Art. 20. Dans les limites de la présente convention, le coût des formules standardisées concernant les honoraires, les prescriptions, les devis et certificats utilisées par les médecins dans leurs relations avec l'assurance maladie, le contrôle médical et les personnes protégées, est supporté par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin utilise des formules préimprimées, celles-ci sont mises à disposition par l'assurance maladie.

Lorsque le médecin utilise des formules visées à l'alinéa premier, réalisées par ses propres moyens informatiques ou bureautiques, il est tenu indemne de ses frais par la restitution à charge de l'assurance maladie d'un forfait calculé en fonction du nombre des actes réalisés par lui et du prix moyen unitaire des formules préimprimées visées à l'alinéa qui précède. Les modalités de détermination du forfait font l'objet d'une annexe technique faisant partie intégrante du cahier des charges visé à l'article 18.

La restitution des frais avancés par chaque médecin est effectuée d'office par l'union des caisses de maladie au cours du premier trimestre de chaque année.

TITRE V. DICHOTOMIE ET ASSOCIATIONS DE MEDECINS

Partage d'honoraires

Art. 21. Tout partage d'honoraires entre médecins ou entre médecins et tiers est interdit sous quelque forme que ce soit. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

La mise en commun des honoraires dans les associations visées à l'article 3 est autorisée.

Associations de médecins

Art. 22. Dans les associations de médecins, l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 25, tout document, ordonnance et certificat doit porter lisiblement le nom du praticien dont il émane et son code prestataire personnel et être signé par lui.

Auto-prescription

Art. 23. Lorsqu'un médecin possédant le titre légal requis à cet effet effectue lui-même des actes professionnels ou délivre des soins prévus par la nomenclature d'une autre profession de santé dans les cas expressément autorisés par les règlements ministériels portant nomenclature des actes professionnels, les mémoires d'honoraires qu'il établit distinguent nettement ces actes de ceux inscrits à la nomenclature des actes médicaux. Le contrôle médical peut demander à tout moment les justifications médicales pour les prestations ainsi réalisées.

TITRE VI. REDACTION DES MEMOIRES D'HONORAIRES, DES ORDONNANCES ET AUTRES DOCUMENTS EN RELATION AVEC L'ASSURANCE MALADIE: REGLES GENERALES

Mémoires d'honoraires

Art. 24. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 18, doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes. Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ou, s'il s'agit de traitements pour lesquels il est prévu un forfait, le début et la fin du traitement.

Les médecins doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires perçus ou facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture-même par leur signature personnelle ou par celle d'un délégué autorisé. La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Des encaissements préalables à la dispensation des prestations dans le cadre de l'assurance maladie ne peuvent être exigés à moins qu'ils ne concernent des frais perçus sur la personne protégée en règlement d'engagements que le médecin a contractés avec des fournisseurs tiers en vue d'un traitement déterminé, convenu avec la personne protégée.

Les suppléments pour convenance personnelle non à charge de l'assurance maladie, facturés à titre accessoire ou complémentaire à des prestations susceptibles de prise en charge par l'assurance maladie doivent figurer avec ces prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires qui ne portent pas toutes les indications obligatoirement prescrites par le cahier de charges prévu ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

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

Les prestations en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

Il est de convention expresse que sur les relevés annuels établis par l'assurance maladie à des fins fiscales, les revenus professionnels de chaque médecin, réalisés au cours d'un exercice dans le cadre d'une association visée à l'article 3, alinéa 3, sont imputés exclusivement à l'association.

Art. 25. Lorsque plusieurs médecins collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et établit une note d'honoraires distincte.

Les mémoires d'honoraires relatifs aux actes médicaux individuels, réalisés par des médecins pratiquant en association, doivent distinguer le code du médecin responsable de l'acte.

Par dérogation à la disposition qui précède, un mémoire d'honoraires collectif portant uniquement l'en-tête et le code prestataire de l'association ne peut être établi que lorsque, en raison de la nature des actes auxquels chaque médecin a contribué, ces actes ne peuvent être individualisés. Il en est de même des suppléments pour convenance personnelle qui ne peuvent être individualisés.

Toutefois cette dérogation ne s'applique qu'aux associations de médecins réalisant dans les disciplines concernées un des actes portés sur une liste qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ordonnances

Art. 26. A moins qu'il n'en soit disposé autrement, les stipulations des articles 24 à 43 s'appliquent aux ordonnances établies dans le cadre d'un traitement ambulatoire et d'un traitement stationnaire.

Avant de rédiger une ordonnance, le médecin s'enquiert si les troubles de la santé dont se plaint la personne protégée ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, tels analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. La

personne protégée est tenue de fournir ces renseignements et d'indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés. Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 21 du code des assurances sociales.

Règles générales d'établissement des ordonnances

Art. 27. Lorsque l'ordonnance a pour objet des actes, prestations ou fournitures prévus par les nomenclatures visées à l'article 65 du code des assurances sociales, le médecin inscrit soit le libellé de l'acte, de la prestation ou de la fourniture tel qu'il figure dans la nomenclature, soit le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature afférente.

Le médecin prend soin de porter à la connaissance du prestataire appelé à délivrer les soins ou fournitures les indications complémentaires nécessaires pour le guider au mieux dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles.

Les ordonnances doivent être datées et signées personnellement du médecin et porter le code du médecin-prescripteur. Aucune ordonnance ne peut porter une autre date que celle de son établissement.

Les prescriptions en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur une ordonnance distincte.

Le médecin indique sur chaque ordonnance la date-limite avant laquelle le traitement doit être commencé. A défaut d'indication précise à ce sujet, le traitement non commencé ou les fournitures non fournies ou non commandées dans les délais fixés à titre subsidiaire par les statuts et par les conventions applicables aux prestataires et fournisseurs, sont inopposables à l'assurance maladie.

Toute ordonnance doit être établie préalablement à la délivrance des prestations ou fournitures qu'elle prescrit, à moins qu'il n'en soit disposé autrement et de manière expresse par la présente convention pour le cas d'urgence.

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

Sous peine que les frais supplémentaires qui en résultent, le cas échéant, ne peuvent être opposés à l'assurance maladie, les ordonnances pour soins à délivrer pour des raisons médicales au domicile de la personne protégée doivent être munies des mots «A DOMICILE».

L'ordonnance est la propriété de la personne protégée.

Ordonnances rédigées ex post en cas d'urgence

Art. 28. En cas d'urgence et de nécessité médicalement motivée et certifiée par le médecin-prescripteur, les prestations concernant le transport ayant une incidence directe sur la santé de la personne protégée, sont pris en charge sur ordonnance établie même postérieurement à leur délivrance. Les ordonnances sont établies au plus tard trois jours après l'évènement et portent la mention «URGENCE».

Amendements d'ordonnance

Art. 29. Toutes les fois que l'exécution d'une ordonnance médicale prête à difficulté, le prestataire ou le fournisseur appelé à l'exécuter peut être autorisé oralement par le médecin à amender l'ordonnance originale. Si l'ordonnance n'est pas remplacée dans son intégralité par le médecin-prescripteur, celui-ci relève les faits dans le dossier médical de la personne protégée, à charge par le prestataire de faire sur l'ordonnance originale les mentions prévues par les règles conventionnelles qui lui sont applicables.

TITRE VII. REGLES PARTICULIERES POUR L'ETABLISSEMENT DE CERTAINES CATEGORIES D'ORDONNANCES

Ordonnances de médicaments

Art. 30. La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 18.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient, à moins qu'une partie des médicaments prescrits ne soit en rapport avec un accident ou une maladie professionnels, auquel cas il est procédé conformément à l'article 27, alinéa 4.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription médicale comporte pour chaque médicament le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement, qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Au besoin le médecin indique la voie d'administration.

Il est entendu qu'au cas où aucune indication sur la durée du traitement ne serait inscrite sur l'ordonnance, il n'est délivré que le plus petit conditionnement.

Art. 31. Il est loisible au médecin de prescrire des médicaments sous le nom générique (DCI) ou chimique de la substance active.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie à partir du troisième mois de son établissement.

Substitution de médicaments et délivrance de génériques

Art. 32. Sans préjudice des règles de substitution admises par la convention réglant les rapports entre l'assurance maladie et les pharmaciens, le pharmacien peut substituer des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale si les circonstances recommandent un tel changement dans l'intérêt du malade, ce de l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée. Dans le cadre de cette substitution le pharmacien peut ajouter ou retrancher des fournitures.

Prescription de médicaments non admis à la vente au Luxembourg

Art. 33. Les médecins s'abstiennent de prescrire des médicaments qui ne figurent pas sur la liste officielle des médicaments admis à la vente au Luxembourg, telle que cette liste est déterminée par la convention conclue sur base de l'article 61 du code des assurances sociales entre l'union des caisses de maladie et le groupement professionnel représentatif des pharmaciens.

Lorsqu'une ordonnance porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien peut, avec l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché.

Lorsque le médecin prescrit des médicaments non inscrits sur la liste prévue et si, pour des raisons médicales il exclut une substitution, il en informe le malade et, s'il juge que l'administration du médicament est indispensable du point de vue médical, il adresse l'ordonnance au contrôle médical, accompagnée d'un certificat circonstancié.

Lorsque pour des raisons graves et urgentes, à apprécier par le médecin-prescripteur, l'accord du contrôle médical ne peut être attendu avant l'administration du médicament en question, une copie de l'ordonnance, accompagnée d'une explication justificative, doit être adressée incontinent au contrôle médical.

A défaut de demande dans les formes prévues ci-dessus, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie est refusée.

Ordonnances pour certains médicaments psychotropes injectables administrés en cas d'urgence

Art. 34. Les médicaments psychotropes injectables suivants, administrés par le médecin en dehors du milieu hospitalier, sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie :

- Valium solution injectable 10mg/2ml (boîte à six ampoules),
- Haldol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules),
- Déhydrobenzoperidol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal solution injectable 40mg/2ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal forte solution injectable 80mg/4ml (boîte à cinq ampoules)

Ces médicaments sont délivrés dans les conditionnements prévus sans frais au médecin en pharmacie publique en quantité adaptée aux besoins de sa trousse contre remise d'une ordonnance dûment datée et signée, spécifiant les médicaments à délivrer et portant la mention «POUR TROUSSE».

Pour les pansements et autres petits moyens non inclus dans le prix de l'acte délivrés en cas d'urgence, le médecin établit une ordonnance pour des fournitures de même nature et se fait restituer celles-ci.

Ordonnances à titre préventif

Art. 35. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du code des assurances sociales, les médicaments, pansements et autres fournitures ne peuvent être prescrits à charge de l'assurance maladie si par sa prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Le médecin s'abstient notamment de prescrire à charge de l'assurance maladie des médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousses d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention «PREVENTIF».

Ordonnances pour examens de laboratoire

Art. 36. Les examens de laboratoire sont ordonnés sur une feuille d'ordonnance spéciale définie au cahier des charges prévu à l'article 18.

Chaque prescription de laboratoire distincte doit être libellée individuellement d'après les modalités prévues au cahier des charges visé à l'article 18.

Lorsque la pathologie particulière de la personne protégée exige des examens de laboratoire à intervalles réguliers, le prescripteur est habilité à émettre en une seule fois un nombre d'ordonnances suffisant pour permettre une surveillance du malade pendant une période de six mois au plus. Les dates-limite de chaque examen doivent être mentionnées sur les ordonnances.

Lorsqu'un médecin réalise des actes professionnels visés par l'article 6 de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales pour les analyses de pratique courante dont la réalisation dans les cabinets médicaux est autorisée par la liste prévue à l'article 6 précité et qui sont inscrits dans la nomenclature générale des analyses de laboratoire et de biologie clinique visée à l'article 65 du code des assurances sociales, il est dispensé de l'établissement d'une ordonnance dans les formes prescrites par la présente convention. Les actes en question figurent sur la note d'honoraire d'après le code qu'ils portent dans la nomenclature afférente.

Les ordonnances concernant des examens de laboratoire réalisés à des fins scientifiques ne sont pas à charge de l'assurance maladie et doivent être marqués conformément aux dispositions de la nomenclature des actes de laboratoire.

Ordonnances pour imagerie médicale

Art. 37. Le cas d'urgence excepté, le médecin qui ordonne un examen pour imagerie médicale s'informe auprès du malade si la pathologie dont il se trouve saisi a déjà fait l'objet d'une exploration antérieure par imagerie médicale. Le cas échéant le médecin ordonnateur provoque la communication des données médicales afférentes.

Les ordonnances pour imagerie médicale ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles précisent la région du corps à explorer.

Les ordonnances pour imagerie à résonance magnétique ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles font état de toutes les informations préliminaires spéciales indispensables aux médecins du centre chargé de leur exécution.

Ordonnances pour soins d'infirmier

Art. 38. Lorsque les ordonnances pour soins d'infirmier prévoient des injections, ces ordonnances doivent spécifier le nom du médicament et la dose à injecter.

Ordonnances pour prestations d'orthophonie et de psychomotricité

Art. 39. Les ordonnances pour les prestations d'orthophonie et de psychomotricité en séries sont précédées par une ordonnance médicale prescrivant l'établissement des bilans, examens fonctionnels et d'aptitude préalables prévus par les nomenclatures afférentes.

Les prestations en série sont prescrites sur le vu des bilans, examens préalables et plans de traitement établis le cas échéant par le prestataire et après leur approbation par le médecin traitant dans le délai de quinze jours de leur réception. Les traitements en série consécutifs à une première série sont ordonnés sur le vu d'un bilan intermédiaire.

Prescription de cures thermales

Art. 40. Le médecin qui propose à une personne protégée une cure thermique à l'intérieur du pays remet à l'intéressé une recommandation médicale et un certificat contenant les informations médicales prescrites par les statuts pour l'obtention d'une cure, ainsi qu'une liste des médecins exerçant au centre thermal, visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Ordonnances pour fournitures

Art. 41. Le médecin qui prescrit des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts de l'union des caisses de maladie doit se référer à la liste des produits remboursés par l'assurance maladie ou, en cas de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, aux nomenclatures afférentes.

Lorsque le produit qu'il prescrit ne figure pas sur cette liste et si une fourniture de substitution prise en charge par l'assurance maladie ne peut être envisagée pour des raisons médicales, il en informe le malade par écrit.

Les moyens accessoires comme bandelettes et lancettes sont prescrits sous le nom de marque avec indication de la quantité à délivrer. Si la personne est insulino-dépendante, cette indication doit figurer sur la prescription.

A défaut d'indications précises pour les pansements, le plus petit conditionnement ou le plus économique est seul pris en charge.

Lorsqu'il s'agit de fournitures pour lesquelles un devis ou une autorisation du contrôle médical ou un avis de l'inspection sanitaire ou du service d'audiophonologie de l'Etat sont prescrits par les statuts, le prescripteur en informe la personne protégée à la délivrance de l'ordonnance.

Les audioprothèses ne sont délivrées à charge de l'assurance maladie que sur décision du contrôle médical après avis conforme du service audiophonologique de l'Etat.

Certains appareils et fournitures déterminés par les statuts ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur décision du contrôle médical et un avis conforme de l'inspection sanitaire du ministère de la Santé.

Ordonnances pour le transport de malades

Art. 42. Sauf en cas d'urgence, les transports de malades effectués à charge de l'assurance maladie par un véhicule ambulancier doivent être ordonnés préalablement par le médecin.

Les ordonnances spécifient si l'état du malade nécessite un transport par air ou par terre ainsi que si le transport peut être effectué en voiture automobile normale ou s'il doit être effectué par un véhicule sanitaire léger ou une ambulance médicalisée avec ou sans accompagnement d'un médecin.

Les ordonnances prescrivant des traitements en série et pour lesquelles le transport de la personne protégée est prescrit doivent faire état d'une motivation médicale.

Ordonnances pour déficients visuels

Art. 43. Sans préjudice des autres dispositions et conditions prévues par les statuts, les lentilles de contact doivent être prescrites par ordonnance médicale si la correction dépasse +8.00 ou -8.00 dioptries ou dans le cas où une des pathologies suivantes est constatée:

- astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
- kératocône
- aphakie uni- et bilatérale
- aniséiconie
- anisométrie de plus de 4 dioptries
- nystagmus de fixation
- anisocorie

- dystrophie cornéenne
- myopie évolutive génétique
- traumatisme cornéen ou scléral.

Sur les ordonnances de verres teintés à charge de l'assurance maladie le médecin indique un des diagnostics suivants :

Conjonctivite intense, kératite, iritis, cataracte centrale ou congénitale, aphakie, glaucome, hypermétropie forte à partir de 10 dioptries, myopie forte à partir de 10 dioptries accompagnée de photophobie, névralgie ciliaire, photophobie due à des affections de la rétine, de la choroïde ou du nerf optique, albinisme, cécité, affections intracrâniennes.

Les affections doivent être mentionnées en clair sur l'ordonnance médicale.

Ordonnances rédigées lors d'un traitement stationnaire

Art. 44. Lorsque les ordonnances concernent les soins, fournitures et prestations délivrés au cours d'un séjour stationnaire dans un hôpital ou un hôpital psychiatrique ou neuropsychiatrique fermé, il peut être dérogé aux articles 24 à 43 d'après les règles prévues ou à prévoir au Titre X.

Certificats de maternité et d'incapacité de travail

Art. 45. En cas d'incapacité de travail ou en cas de maternité de la personne protégée, le médecin établit personnellement une attestation médicale sur la formule standardisée prévue à ces fins et la remet à la personne protégée.

Sauf le renouvellement d'un certificat en cas de traitement hospitalier stationnaire, il est interdit au médecin d'attester l'incapacité de travail sans avoir vu la personne protégée au jour de l'établissement du certificat.

Les certificats doivent être complets. Le médecin y précise notamment si les sorties sont autorisées ou défendues et s'il s'agit d'un premier certificat ou d'un renouvellement.

Le médecin ayant ordonné l'hospitalisation d'une personne protégée en activité de service et qui, en raison de son état de santé ne peut s'occuper elle-même de l'affaire, doit faire parvenir l'attestation susvisée sans délai à l'administration de l'hôpital en vue de sa transmission immédiate vers la caisse de maladie compétente.

Transfert de malades à l'étranger

Art. 46. La prise en charge par l'assurance maladie des consultations à l'étranger est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin établi au Luxembourg. Les traitements à l'étranger doivent être demandés au moyen d'un certificat médical dressé par un médecin-spécialiste.

La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger ainsi que la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg.

Lorsque l'ordonnance rend nécessaire le dévoilement d'un secret professionnel, le médecin remet l'ordonnance sous pli fermé soit au malade, soit directement au contrôle médical.

Lorsque le transfert à l'étranger ne souffre aucun retard, le médecin justifie l'urgence sur l'ordonnance remise au contrôle médical.

Art. 47. Les demandes de transfert pour l'obtention d'actes, services et fournitures à l'étranger à charge de l'assurance maladie ne peut en aucun cas concerner des prestations en rapport avec une affection ou un traitement exclus de la prise en charge par les statuts.

TITRE VIII. CONVENANCE PERSONNELLE DE LA PERSONNE PROTÉGÉE

Dispositions générales

Art. 48. La mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle présuppose une information préalable en ce sens de la personne protégée. Le traitement en question ne peut être commencé que lorsque la personne protégée a donné son accord pour prendre le supplément d'honoraires à sa charge.

Traitement en première classe

Art. 49. En cas de traitement stationnaire, le fait que la personne protégée ait choisi de se faire soigner à titre de convenance personnelle dans une chambre d'hôpital de première classe, confère au médecin le droit d'appliquer un tarif majoré de soixante-six pour cent (66 %) par rapport au tarif officiel pour les actes prestés au lit du malade hospitalisé en deuxième classe.

Aucune majoration du tarif ne peut être mise en compte lorsque l'hospitalisation dans une chambre à un lit est nécessaire pour des raisons médicales dans les cas prévus par les conventions liant l'union des caisses de maladie aux hôpitaux.

Lorsque la personne protégée occupe à titre de convenance personnelle une chambre de première classe pendant une partie de son séjour seulement, le tarif d'honoraires majoré n'est dû que pour les actes prestés aux journées entières passées dans cette chambre. La journée entière est comptée de minuit à minuit. Toutefois les actes prestés au lit du malade peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de la délivrance de ces actes.

Si l'hospitalisation ne couvre pas une journée entière mais que le séjour a lieu en chambre de première classe, les honoraires majorés peuvent être appliqués aux actes prestés le jour de l'hospitalisation.

Toutefois les actes prestés en salle d'opération peuvent également être majorés au titre de l'alinéa premier si l'occupation de la chambre de première classe par la personne protégée ne commence que dans les quarante-huit heures à compter de l'intervention chirurgicale ou de la sortie de la salle de soins intensifs.

Le tarif majoré pour chambre de première classe peut être appliqué aux prestations délivrées en salle de soins intensifs au maximum pendant les trois premiers jours y passés, à condition que la personne protégée ait occupé une chambre de première classe avant son admission en soins intensifs. Cette limitation ne s'applique pas lorsque le choix de la chambre de première classe est effectué dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède. Le choix de la convenance personnelle doit être renouvelé après le troisième jour passé en soins intensifs, par écrit, sur un formulaire signé à cet effet par la personne protégée elle-même ou, à défaut, par les membres de sa famille qui s'obligent personnellement dans ce cas.

Convenance personnelle

Art. 50. Les indemnités pour non-respect de rendez-vous ne peuvent être mises en compte que si le médecin a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre en cas d'annulation du rendez-vous.

Constitue une convenance personnelle de la personne protégée conférant au médecin le droit à la perception d'un supplément d'honoraires, facturé avec tact et mesure:

- 1) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis à condition que le rendez-vous ait été respecté par le médecin. (code CP1)
- 2) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi-matin et donné par un médecin qui travaille du lundi au vendredi.(code CP2)
- 3) le fait que la personne protégée vient trop tard à son rendez-vous sans fournir d'excuse valable.(code CP3)

Pour le médecin qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous:

- 4) le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin n'ont pas été acceptées.(code CP4)
- 5) l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence.(code CP5)
- 6) Le fait par la personne protégée de se faire attribuer des soins lors d'une consultation ou visite d'urgence telles que celles-ci sont définies à l'article 5 de la nomenclature des médecins, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin.(code CP6)
- 7) Le fait par la personne protégée de solliciter les conseils du médecin par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins. (code CP7)

Dans le cas de mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle du malade dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin inscrit sur la note d'honoraires, respectivement la quittance, les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6 ou CP7.

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

Le fait de ne pas être venu à son rendez-vous sans excuse préalable donne droit à la mise en compte, à titre d'indemnité, d'une consultation normale non remboursable par l'assurance maladie, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un montant en relation avec le préjudice subi par le médecin, déterminé avec tact et mesure. La quittance afférente indique le montant réclamé de la consultation et porte la mention «RV non observé.»

L'indemnité pour non-respect de rendez-vous est due si le rendez-vous n'a pas été décommandé 24 heures à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement plus important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important et le délai de décommandement applicable est communiqué à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.

Dans le cas visé sous 5) ci-dessus, l'indemnité pouvant être réclamée est égale à la différence entre le tarif de la consultation ou la visite normale et celui de la consultation ou la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité.

TITRE IX. EXERCICE CONVENTIONNEL DE LA MEDECINE HOSPITALIERE

Déclaration d'admission et de sortie en cas de traitement stationnaire

Art. 51. La prise en charge par l'assurance maladie des soins, prestations et fournitures dispensés en traitement stationnaire à l'hôpital est soumise à la communication à l'union des caisses de maladie d'une déclaration spéciale dénommée « Demande de prise en charge».

La déclaration est signée par le médecin ayant ordonné l'admission et est transmise à l'union des caisses de maladie par les voies et modalités prévues à la convention conclue avec le groupement des hôpitaux.

Déclaration de fin d'hospitalisation

Art. 52. La fin du traitement stationnaire est décidée par le médecin traitant et déclarée à l'hôpital sur un formulaire spécial. Le volet destiné au contrôle médical comprend communication obligatoire du diagnostic principal et les diagnostics complémentaires par le médecin traitant. Les diagnostics sont indiqués au niveau quatre chiffres de la CIM.

Documentation des actes médicaux délivrés en milieu hospitalier

Art. 53. Tout acte médical qui est réalisé par un médecin dans un hôpital conventionné sur base de l'article 75 du code des assurances sociales est documenté dans le dossier médical hospitalier détenu par l'hôpital.

Pour la notation de l'acte, le médecin se réfère à la nomenclature des actes médicaux. S'il s'agit d'actes non prévus par la nomenclature, ceux-ci sont indiqués par un libellé littéral, de même que leur nombre et les moyens et installations de l'hôpital utilisés pour leur réalisation.

TITRE X. RELATIONS ADMINISTRATIVES DU CORPS MEDICAL AVEC LA SECURITE SOCIALE

Rapports médicaux

Art. 54. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale et des institutions de sécurité sociale dans le cadre de leurs missions légales, le médecin leur transmet, sauf justification légitime, dans le délai de quinze jours les rapports et autres documents visés à l'article 21 du code des assurances sociales.

Si, malgré un rappel, le médecin ne transmet pas les documents conformément à l'alinéa ci-dessus, le paiement des honoraires lui redus dans le cadre du tiers payant peut être suspendu jusqu'à concurrence de dix mille francs. Ce montant est porté au double si le médecin ne donne pas suite à un deuxième rappel.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 55. Dans tous les cas le contrôle médical peut être saisi sans intermédiaire des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable. Si le médecin-prescripteur accepte de solliciter personnellement l'autorisation de prise en charge, il ne peut exiger pour ce service aucune indemnité.

Le médecin-prescripteur spécifie s'il s'agit d'une prestation urgente. Le cas échéant il indique une date-limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces, déterminées le cas échéant au cahier des charges visé à l'article 18, permettant au contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande. Sauf disposition expresse contraire portée par la nomenclature des actes, aucun honoraire ne peut être perçu de ce chef.

L'original des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le contrôle médical au médecin-prescripteur.

Dans le cadre de la surveillance et du contrôle périodique de la mise en place des prothèses, orthèses et épithèses prévus à l'article 341, sous 8) du code des assurances sociales, les médecins donnent suite aux demandes de renseignement du contrôle médical au sujet du traitement médical intervenu entre les intervalles de contrôle.

Art. 56. Les avis du contrôle médical sont communiqués à l'union des caisses de maladie où à la caisse de maladie compétente, à charge par ces institutions de notifier une décision susceptible de recours à qui de droit.

La décision refusant la prise en charge d'une prestation est communiquée en copie et par simple lettre au médecin-prescripteur.

Lorsque le contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse leur connue de la personne protégée.

Art. 57. Lorsqu'un différend oppose une des institutions visées par le présent titre à un médecin au sujet de l'application d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle, les parties en cause échangent leurs vues respectives par écrit.

Déclaration d'accidents et de maladies professionnels

Art. 58. Le médecin qui donne les premiers soins après un accident du travail indique sans délai le diagnostic et les autres indications sur le formulaire de l'association d'assurance contre les accidents lui présenté par la personne protégée ou par l'employeur. Si aucun formulaire ne lui est présenté et que, d'après les renseignements dont il dispose, il s'agit néanmoins d'un accident professionnel, le médecin inscrit les données requises sur un formulaire mis à sa disposition par l'association d'assurance contre les accidents, qu'il remet à la personne protégée ou, si son état de santé ne permet pas à celle-ci de s'occuper de ses affaires, à l'association d'assurance contre les accidents.

Le médecin traitant qui constate qu'une personne protégée est atteinte d'une maladie professionnelle en fait immédiatement la déclaration à l'association d'assurance contre les accidents sur le formulaire établi à cet effet.

TITRE XI. PAIEMENT DES HONORAIRES

Art. 59. En principe il appartient à la personne protégée de régler les honoraires du médecin. Le médecin délivre quittance pour le montant reçu sur les formulaires définis par la présente convention et d'après les modalités y prévues.

Sauf les cas prévus à l'article 24, des honoraires à charge de l'assurance maladie ne peuvent être demandés ou acceptés avant la délivrance des soins qui s'y rapportent.

Art. 60. Par dérogation à l'article précédent une procédure de paiement direct par l'assurance maladie, dite procédure du tiers payant, est instituée dans les cas limitativement énumérés ci-après :

- 1) Pour les actes médicaux délivrés dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents, à concurrence du montant pris en charge;
- 2) La même procédure peut être appliquée pour les actes médicaux délivrés dans le cadre de la compétence de l'assurance maladie:
 - a) pour les traitements stationnaires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse quatre mille (4.000.-) francs;
 - b) pour les traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Dans le cas de l'application des dispositions sous a) et b) ci-dessus, la personne protégée ou son représentant autorisé confirme par sa signature et par l'apposition de la mention «Prestations reçues» sur le mémoire d'honoraires, avoir reçu les prestations y figurant.

En cas d'application du tiers payant, la personne protégée paie directement au médecin la partie des honoraires non prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin en donne acquit daté sur le mémoire d'honoraires.

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

Art. 61. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le médecin remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 25.

Un mémoire distinct est établi pour chaque personne protégée comme en cas de paiement par celle-ci.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

Le relevé peut être remplacé par un support informatique défini au cahier des charges prévu à l'article 18.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le médecin. Chaque médecin ne peut indiquer qu'un seul compte. Tout compte peut être modifié sur demande écrite adressée à l'union des caisses de maladie.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au médecin un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant, le cachet de la poste fait foi.

Contestation des mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant

Art. 62. Les mémoires d'honoraires contestés par l'assurance maladie sont retournés au médecin par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 18.

Sans préjudice de motifs d'exclusion résultant de la loi ou des règlements, les mémoires d'honoraires ne peuvent être contestés que pour violation de la nomenclature ou pour contravention aux dispositions de la présente convention.

Les montants des honoraires contestés sont provisoirement suspendus. La suspension provisoire affecte tous les actes portés sur le mémoire.

Les créances contestées peuvent être reproduites sur un relevé subséquent par le médecin, aussitôt que la cause de leur exclusion vient à cesser, mais au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales. Dans le cadre de la procédure de contestation, l'union des caisses de maladie s'engage à ne pas invoquer la prescription si celle-ci est intervenue après la première remise du mémoire visée à l'article 61 ci-dessus.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement exclus de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant. A la requête de la partie intéressée les contestations relatives aux exclusions définitives sont portées devant la commission de surveillance prévue à l'article 72 du code des assurances sociales.

En cas de litige porté devant la commission de surveillance, la suspension de paiement prévue à l'alinéa 3 ci-dessus est levée pour tous les actes individuels ou groupes d'actes figurant sur le mémoire d'honoraires et qui ne sont pas en rapport avec la contestation.

Les médecins s'abstiennent de présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante. Cette obligation cesse cependant lorsque la dite procédure aura duré trois mois sans qu'il ne soit intervenu un paiement. Lorsque dans cette hypothèse le médecin présente le mémoire à la personne protégée, il en informe l'union des caisses de maladie en lui envoyant une copie du mémoire adressé à la personne protégée en marquant d'une information écrite et bien visible que ce mémoire remplace celui adressé à l'union des caisses de maladie dans le cadre du tiers payant.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 63. Le paiement effectué conformément à l'article 61 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du médecin au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le médecin a droit de plein droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant des mémoires d'honoraires visés aux alinéas 1 à 3 de l'article 61 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exclusion du tiers payant

Art. 64. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué :

- lorsqu'un mémoire d'honoraires incomplet au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 18 est présenté ou s'il n'est pas conforme au modèle conventionnel ;

- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait été constatée par le médecin, notamment dans le cas où l'espace réservé à l'inscription du numéro matricule de la personne protégée est marquée conformément à l'article 9.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 65. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au médecin la non-affiliation du patient et ne peut refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le médecin a été faite conformément à l'article 9.

Art. 66. Les honoraires payés par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 60, sous 1) en l'absence d'une reconnaissance de la responsabilité par l'assurance accidents, restent acquis au médecin dans tous les cas où celui-ci a pu légitimement admettre qu'il s'agissait d'un accident du travail.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 73 du code des assurances sociales lorsque des paiements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégalement obtenus.

Action directe

Art. 67. Les médecins visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée que lorsque le médecin prouve que le non paiement allégué a pour cause l'insolvabilité, le décès ou une résidence non connue de la personne protégée. Dans les cas d'insolvabilité le médecin remet à l'union des caisses de maladie l'original du titre exécutoire obtenu, constatant le non-paiement de l'ordonnance conditionnelle de paiement ou la non-contradiction à tout autre exploit introductif. La disparition ou la résidence non connue est valablement constatée par un document émanant du greffe, d'un huissier ou de la poste constatant l'impossibilité de notifier ou de signifier.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le médecin ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

TITRE XII. REVISION ANNUELLE DES TARIFS D'HONORAIRES

Périodicité et forme des révisions tarifaires

Art. 68. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes médicaux sont révisés tous les ans. Les révisions des tarifs interviennent au 1er janvier de chaque année.

Les tarifs font corps avec la présente convention. Les adaptations sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord, accompagné d'un tableau portant le tarif arrondi individuel de chaque acte. Le tarif des actes susceptibles d'être appliqués en cas de traitement hospitalier stationnaire montrent le tarif officiel pour la chambre en deuxième classe ainsi que le tarif majoré pour convenance personnelle en cas d'hospitalisation en chambre de première classe.

Le protocole d'accord et le tableau des tarifs est établi en double exemplaire, signé et paraphé par les parties et publié au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Art. 69. Dans le cadre des négociations pour la révision annuelle des tarifs prévue à l'article 67 du CAS les parties acceptent, en ce qui concerne la constatation de la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs, de se référer aux données officielles et, pour le calcul de la variation, d'adopter une méthodologie arrêtée entre parties.

TITRE XIII. RELATIONS DU CORPS MEDICAL AVEC LES PERSONNES PROTEGEES

Dossier médical

Art. 70. Lorsque le médecin quitte son cabinet pour aller exercer dans un autre endroit ou pour prendre sa retraite, les malades peuvent demander la transmission de leur dossier à un médecin de leur choix. Seront transmises les pièces indispensables à la continuation des soins, tels que résultats d'analyses, rapports de radiologie ou d'autres investigations. Les notes personnelles du médecin peuvent être détruites. Le médecin lui-même doit faire le tri dans son fichier.

Tout médecin prend les dispositions nécessaires à ce qu'en cas de son décès, les dossiers médicaux dont il est détenteur puissent être tenus à la disposition de sa patientèle et transférés conformément à l'article 21 du code des assurances sociales pendant un délai d'au moins trois mois à partir du décès et qu'après cette date, en cas de non reprise du cabinet par un confrère, que les dossiers puissent être transférés au contrôle médical sur l'initiative de l'union des caisses de maladie.

L'union des caisses de maladie est autorisée à informer le public par les moyens qu'elle juge appropriés sur la faculté de demander le transfert des dossiers personnels conformément à l'alinéa qui précède.

Secret médical

Art. 71. Le secret professionnel s'impose à tout médecin .

Le médecin veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment.

Les membres du personnel des administrations et institutions d' assurances sociales qui, en vertu de la présente convention entretiennent des rapports avec le corps médical, sont pareillement soumis au secret professionnel tel que celui-ci est réglé par le statut du personnel applicable et par l'article 300 du code des assurances sociales.

Les médecins sont autorisés à communiquer aux personnes obligées au secret professionnel et liées par une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales ou par leur statut légal, les informations utiles et nécessaires à l'exécution des devoirs professionnels qui sont imposés à ces personnes.

Relations avec les personnes protégées

Art. 72. Un médecin, qui a été appelé en consultation, ne doit pas de sa propre initiative revenir auprès de la personne protégée examinée en commun en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Un médecin qui a été appelé en consultation ou qui a reçu une personne protégée envoyée en consultation par un confrère ne doit pas, sauf volonté contraire de la personne protégée, et sans en aviser son confrère, poursuivre les soins exigés par l'état du patient lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant.

Art. 73. Le médecin informera le malade sur sa maladie, les conséquences et le traitement envisagé, de façon adéquate, compte tenu des circonstances et de la personnalité du malade.

TITRE XIV. BON USAGE ET QUALITE DES SOINS

Respect de la nomenclature

Art. 74. Les médecins s'engagent au respect de la nomenclature des actes et services qui leur est applicable et au respect des tarifs conventionnels.

Lorsqu'il est dans l'intérêt d'une application uniforme ou plus harmonieuse de la nomenclature, les parties s'engagent à saisir la commission de nomenclature conformément à l'article 65, alinéa 9 du code des assurances sociales d'une proposition commune de modification.

Les parties souscrivent à l'engagement réciproque de se consulter dans le cadre de propositions nouvelles pour la nomenclature tendant à assurer le progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des soins.

Qualité des soins et qualification médicale

Art. 75. Le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses possibilités et ses compétences.

Si en principe tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement pour lesquels il a reçu un enseignement adéquat, il doit veiller à limiter son art essentiellement à la spécialité qui lui a été reconnue ainsi qu'aux disciplines connexes, sauf en cas d'urgence.

Le médecin ne peut faire état d'une qualification professionnelle qu'il n'a pas acquise par une formation adéquate et suffisante correspondant à un enseignement supérieur de niveau universitaire.

TITRE XV. MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES - LUTTE CONTRE LA CONSOMMATION ABUSIVE DE SOINS, FOURNITURES ET PRESTATIONS DE SANTE

Bon usage des soins

Art. 76. Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les médecins visés par la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie médicale et aux données acquises par la science.

Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.

A cet effet, les médecins s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade.

Art. 77. En vue de la réalisation des objectifs visés à l'article 76, les médecins s'engagent à tenir compte, dans le choix de leurs actes, de leurs prescriptions et de leurs hospitalisations, des recommandations prévues par l'article 78, ainsi que, dans le choix de leurs prescriptions pharmaceutiques, des indications fournies dans la liste des médicaments, dite «fiches de transparence» établie par le ministère de la Santé, ou par tout autre outil de même nature.

Maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Art. 78. Conformément à l'article 64, al. 2 du code des assurances sociales et afin d'assurer une évolution harmonieuse des dépenses, et notamment de garantir une stabilité des taux des cotisations d'assurance maladie, les parties signataires conviennent de ce qui suit:

La maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses consiste en l'optimisation des soins sans pour autant organiser ou permettre un quelconque rationnement. Elle repose sur la garantie de la qualité des soins, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir à apporter à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur des systèmes de soins.

Elle s'accomplit dans l'exercice quotidien de chaque médecin. Celui-ci garde sa totale liberté pour adapter les soins au cas particulier du malade qu'il a en face de lui.

Art. 79. Les parties signataires décident de dépasser la simple maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie et de tout mettre en oeuvre pour assurer une maîtrise médicalisée des dépenses.

A l'effet de garantir une qualité des soins associée à une médication économique, les parties signataires décident d'élaborer annuellement des recommandations en terme de coût/efficacité, portant notamment sur les actes médicaux, les prescriptions (diagnostiques et thérapeutiques) et les hospitalisations. Ces recommandations s'inscrivent dans un ou plusieurs thèmes médicaux définis préalablement de façon conjointe.

Elles s'appuient sur l'évolution des connaissances validées par le monde scientifique, à travers des procédures telles que les conférences de consensus, l'évaluation des comportements et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. L'impact de ces recommandations en terme d'économies escomptés devra être annuellement estimé.

Art. 80. Les parties signataires décident d'établir chaque année un rapport sur l'impact des recommandations élaborées conformément à l'article précédent. Ce bilan portera à la fois sur la transformation des comportements et des stratégies et sur les économies réalisées en matière de dépenses d'assurance maladie. Il sera suivi d'adaptations des actions entreprises en matière de maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Tableaux statistiques individuels sur la consommation des soins de santé des personnes protégées

Art. 81. L'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement de procéder dans le cadre de l'article 23 du code des assurances sociales à l'établissement régulier de tableaux statistiques sur la consommation individuelle des prestations de santé des personnes protégées. Ces statistiques sont établies d'après les normes et règles statutaires afférentes. Les comportements reconnus comme étant abusifs d'après les normes établies par les statuts sont sanctionnés conformément aux dispositions y prévues.

Dans son rapport annuel l'union des caisses de maladie signale, sous forme de données dépersonnalisées, les statistiques concernant les cas d'abus de consommation de prestations de santé constatés, ainsi que le bilan des mesures prises à l'égard des personnes sanctionnées.

Tableaux statistiques individuels sur l'activité médicale

Art. 82. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes à l'engagement de collaborer conformément à l'article 341, sous 5) du code des assurances sociales à l'établissement d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés, ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater une déviation injustifiée éventuelle.

Dans l'évaluation de l'activité médicale des associations visées à l'article 3, alinéa 2 et 3 aux fins de l'application de l'article 73, alinéa 2 du code des assurances sociales, l'union des caisses de maladie s'engage à prendre en considération en premier lieu l'activité de l'association dans son ensemble.

En vue de la saisine des juridictions compétentes à l'effet de sanctionner les déviations injustifiées de l'activité d'un prestataire l'union des caisses de maladie souscrit à l'engagement d'apprécier l'activité individuelle d'un membre d'une association de médecins uniquement dans la mesure où cette déviation peut être constatée dans le chef personnel du médecin en cause.

TITRE XVI. MEDECINE PREVENTIVE ET EDUCATION SANITAIRE

Collaboration à la médecine préventive et à l'éducation sanitaire

Art. 83. L'union des caisses de maladie et l'association des médecins et médecins-dentistes conviennent de contribuer, dans la mesure où elles disposent des ressources morales et matérielles nécessaires, à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation sanitaires initiées soit par les signataires de la présente convention, soit par les pouvoirs publics ou d'autres organisations oeuvrant dans le domaine de la santé.

Programmes de médecine préventive

Art. 84. L'union des caisses de maladie souscrit à l'égard de l'association des médecins et médecins-dentistes l'engagement de négocier toutes initiatives de programmes de médecine préventive lui soumis par la direction de la santé ou initiés par l'association des médecins et médecins-dentistes, qui sont susceptibles d'être conclus avec le ministre de la santé conformément à l'article 19 du code des assurances sociales.

Sauf indication médicale motivée, acceptée par le contrôle médical, la prise en charge des frais de diagnostic précoce par mammographie en faveur des personnes appartenant aux classes d'âge ciblées par un programme de détection précoce au sens de l'alinéa susvisé, est subordonnée par les statuts de l'union des caisses de maladie à la condition que ce diagnostic soit effectué dans le cadre de ce programme.

TITRE XVII. INFORMATION DU CORPS MEDICAL

Art. 85. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

Conventions avec des tiers

Art. 86. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers en vertu de l'article 61 du code des assurances sociales intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

L'union des caisses de maladie s'engage à communiquer pour information à l'association des médecins et médecins-dentistes le projet des dispositions conventionnelles avec les différentes professions de santé prévues à l'article 61 du code des assurances sociales lorsque ces dispositions concernent les relations entre l'assurance maladie, les prestataires concernés et le corps médical.

TITRE XVIII. INFORMATION ET FORMATION CONTINUE

Législation sociale et de santé

Art. 87. Tout médecin a l'obligation de connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne.

Campagnes d'information

Art. 88. Les parties signataires mettent tout en oeuvre pour faire connaître les recommandations prévues à l'article 79. A cet effet, elles prévoient des campagnes d'information auprès des médecins et des personnes protégées.

Formation et initiation à la législation sociale

Art. 89. Les parties signataires de la présente convention prennent l'engagement de collaborer dans le cadre de la formation prévue à l'article 341, sous 12) du code des assurances sociales, par toutes mesures appropriées en faveur des médecins nouvellement établis au Grand-Duché de Luxembourg une formation dans les matières touchant aux rapports entre le corps médical, l'assurance maladie, l'assurance accidents, le contrôle médical, les personnes protégées et les autres prestataires de soins, tels que ces rapports sont régis par lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

Formation professionnelle continue

Art. 90. Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les matières professionnelles et scientifiques qui le concernent dans l'exercice de son art.

Les parties signataires conviennent de saisir le ministère de la Santé d'une demande conjointe d'organisation d'une formation médicale continue en rapport notamment avec les thèmes médicaux retenus dans le cadre de l'article 78. De plus, les parties signataires conviennent de privilégier ces thèmes dans les formations professionnelles organisées par elles-mêmes.

TITRE XIX. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Opposabilité conventionnelle des statuts

Art. 91. Les décisions relatives aux prestations de soins de santé prises par l'assemblée générale ou les organes compétents des institutions de sécurité sociale, modifiant, dans le cadre de leurs attributions légales, les conditions de prise en charge des prestations ou fournitures par l'assurance maladie, contiennent des dispositions qui rendent ces mesures opposables aux médecins dans le délai de 15 jours au plus tôt à partir de la date de leur publication au Mémorial.

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

Art. 92. Les médecins font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins nécessités le cas échéant par l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Introduction de moyens thérapeutiques et fournitures nouveaux

Art. 93. Tout médecin qui se propose de prescrire à une personne protégée une fourniture ou un moyen thérapeutique qui ne sont pas prévus par la nomenclature prévue à l'article 61, sous 7) ou qui ne figure pas dans la liste des fournitures et appareils prévue par les statuts, ou contenus dans la liste des implants, plâtres, sondes, cathéters et autres moyens thérapeutiques prévus par la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et l'entente des hôpitaux, adresse au contrôle médical un dossier complet contenant toutes les informations scientifiques nécessaires sur le produit, ainsi que les indications et applications thérapeutiques.

La prise en charge de la fourniture est subordonnée dans ce cas à l'autorisation provisoire du contrôle médical donnée suivant une procédure spéciale prévue par les statuts.

Information de la personne protégée en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession médicale dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents professionnels

Art. 94. Le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie est habilité à faire connaître au public par un communiqué formulé conjointement par les parties signataires de la présente convention, la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession médicale encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS, dans le cadre de mesures disciplinaires décidées par le collège médical ou dans le cadre de l'article 15 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Glossaire et définitions

Art. 95. Un glossaire qui fait partie intégrante du présent accord définit les termes et expressions y spécifiées, utilisées dans le cadre de la présente convention.

Art. 96. Sauf spécification contraire ou spéciale, les termes «assurance maladie» englobent également l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels.

XX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 97. Sauf les exceptions prévues ci-après, la présente convention entre en vigueur au premier janvier 1994.

Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 98. La dispensation de traitements médicaux, des soins de santé et des fournitures délivrés sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le médecin, le prestataire ou le fournisseur.

Art. 99. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 83 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Les affaires pendantes devant la commission de surveillance instituée sur base de convention en vigueur au 31 décembre 1993 sont reprises dans l'état de la procédure où elles se trouvent au 31 décembre 1993 par la commission de surveillance instituée à l'article 72 du code des assurances sociales.

Traitements médicaux chevauchant sur la date de mise en application des nouvelles dispositions légales, réglementaires et conventionnelles

Art. 100. Les traitements médicaux et autres prestations s'étendant sur plus d'une séance pour lesquels il est prévu une seule position à la nomenclature des actes en vigueur au 31 décembre 1993 et commencés au plus tard à cette date et qui se terminent après le 1er janvier 1994 seulement, restent régis dans l'ensemble par les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au jour de leur commencement. Ceci est notamment le cas pour les traitements dentaires, les cures, les cures de convalescence et généralement les traitements stationnaires dispensés en milieu hospitalier. Est considéré comme jour du commencement le jour où il est délivré la première séance ou prestation en rapport avec le traitement.

A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge, par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 101. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont comptés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 102. Sont mis en vigueur à une date ultérieure, à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant, les dispositions ayant trait à la carte d'assuré, à la communication des données entre parties et prévues aux articles 18 à 20 de la présente convention, à la liste prévue à l'article 25, ainsi qu'au glossaire prévu à l'article 96.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 103. La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les fournitures sont prises en charge d'après les listes prévues dans le cadre des dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Dispositions conventionnelles avec d'autres prestataires et fournisseurs

Art. 104. Les listes de médicaments prévus par la convention visée à l'article 61, sous 7) du code des assurances sociales et les modalités de prise en charge affectant les différentes catégories de médicaments, sont mises en vigueur à une date à déterminer par les statuts ou, à défaut, provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Professionnels de santé exerçant dans les cabinets médicaux

Art. 105. Les contrats de travail valablement conclus avant le 1er novembre 1993 entre un médecin et un prestataire relevant d'une des professions de santé tombant sous le régime d'une des conventions prévues par l'article 61 du code des assurances sociales et qui, par leurs stipulations entrent en conflit à partir du 1er janvier 1994 soit avec les dispositions de la présente convention, soit avec celles prévues dans les diverses conventions visées à l'article 61 précité, restent opposables à l'assurance maladie, à titre exceptionnel, jusqu'au terme où ces contrats de travail expirent individuellement entre les parties contractantes.

Le bénéfice de la disposition précédente est accordé aux médecins et professionnels de santé concernés, sous la condition expresse que l'existence des contrats les liant de part et d'autre soit notifiée à l'union des caisses de maladie au plus tard jusqu'au 31 mars 1994. La notification doit spécifier les noms et qualités professionnelles des contractants ainsi que le terme d'expiration du contrat. Les notifications doivent être accompagnées de la preuve que le salarié a été déclaré à ce titre auprès du centre commun de la sécurité sociale.

Les modifications ayant trait à la durée de validité du contrat entre parties intervenues après le 1er novembre 1993 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les actes prestés par les professionnels de santé liés par des contrats de travail dont l'existence n'a pas été notifiée conformément à la présente convention à l'assurance maladie, ne sont opposables ni à la personne protégée ni à l'assurance maladie.

Médecine préventive

Art. 106. L'union des caisses de maladie s'engage à reconduire l'accord intervenu sous l'empire des dispositions applicables au 31 décembre 1993 en matière de programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, sous réserve d'adapter ses engagements aux exigences de la situation légale et réglementaire telle qu'elle se présente au 1er janvier 1994.

Des dispositions conventionnelles nouvelles relatives à ce programme font l'objet d'une annexe à la présente convention et en font partie intégrante. Elles sont mises en vigueur à une date ultérieure, à déterminer d'un commun accord avec les parties, et publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant.

Formation

Art. 107. Dès que les structures conventionnelles nouvelles, telles qu'elles résultent de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé seront consolidées, ces mesures font l'objet de dispositions conventionnelles précises entre parties.

Attribution du code prestataire

Art. 108. Le code du prestataire prévu à l'article 4 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association des médecins
et médecins-dentistes,
le président,
(s.) Dr. Joe WIRTZ,
le secrétaire général
(s.) Dr. Guy MEISCH*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

ANNEXE I

RAPPORT DU 24 MARS 1989 DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE FAIRE DES PROPOSITIONS RELATIVES À LA MÉDICALISATION DES SECOURS D'URGENCE.

Jusqu'à présent les urgences avec ou sans détresse vitale étaient prises en charge par les ambulanciers avec la mission de leur prodiguer les premiers secours et de les amener le plus rapidement possible à l'hôpital de garde. Or, dans le cas d'une détresse vitale les minutes comptent, il s'engage une véritable course contre la montre où, de la rapidité de l'intervention médicale, peut dépendre la vie ou la mort. La détresse cardiocirculatoire et respiratoire nécessite des gestes immédiats tels que l'intubation, l'aspiration trachéobronchique, la ventilation assistée, la défibrillation, le remplissage vasculaire. Il s'agit maintenant de faire sortir les spécialistes formés à la réanimation ainsi que les équipements de l'hôpital pour rejoindre le patient au lieu et moment où leur intervention maximise les chances d'efficacité: les objectifs de la médicalisation des secours d'urgence seront les soins urgents spécifiques sur le lieu de l'urgence même (ou le plus tôt possible), la mise en état pour le transport et une surveillance qualifiée pendant le transport.

I. Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

Dans un but de couverture nationale, chaque région hospitalière sera desservie par un service d'aide médicale urgente (SAMU):

sont donc à créer un SAMU à Luxembourg-ville pour la région du Centre, un SAMU à Ettelbruck pour la région du Nord, et un tel service à Esch/Alzette pour la région du Sud. Chaque SAMU fonctionne à partir de l'hôpital régional de garde pour la région.

Chaque SAMU assure la disponibilité immédiate 24 heures sur 24 d'une équipe composée d'un médecin (voir point a) et d'un infirmier (voir point b).

Ad a)

Participent donc au SAMU les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation ou d'autres médecins-spécialistes ayant une compétence et une pratique journalière de la réanimation. Les médecins en voie de spécialisation pour l'anesthésie-réanimation doivent détenir une licence de remplacement en anesthésie-réanimation.

Ad b)

Les hôpitaux concernés s'organiseront de sorte qu'un infirmier-anesthésiste, ou un infirmier possédant une expérience dans le traitement des urgences et travaillant normalement dans le service de réanimation, soit disponible de façon

immédiate pour les sorties SAMU. Il s'agira en priorité d'un infirmier anesthésiste. Les élèves infirmiers-anesthésistes entrent en ligne de compte. Pour la région Centre les deux infirmiers gradués du service des sapeurs-pompiers professionnels de la Ville de Luxembourg, infirmiers expérimentés en aide médicale urgente, peuvent participer à ce dispositif SAMU.

Le Ministère de la Santé organisera, en concertation avec le Ministère de l'Intérieur et les organisations et intervenants concernés, des cours afin de familiariser les participants SAMU avec le matériel, les radiocommunications et les contraintes particulières de l'intervention au lieu de l'accident ou à domicile.

De même devra-t-il réviser les attributions à la fois de l'infirmier-anesthésiste dans le sens que les activités de ces professionnels dans le cadre SAMU soient couvertes. Le SAMU devra être intégré dans la formation pratique de l'infirmier-anesthésiste.

Chaque SAMU dispose d'une antenne mobile c-à-d d'une voiture d'intervention rapide, dotée des moyens de télécommunication et de tout le matériel de réanimation nécessaires, opérationnelle 24 heures sur 24 heures.

L'antenne mobile stationnée auprès de l'hôpital de garde est destinée au déplacement rapide de l'équipe médecin-infirmier vers un lieu situé dans la zone d'impact du SAMU.

Le central des secours d'urgence 012 (CSU 012) envoie, en même temps que l'antenne mobile l'ambulance stationnée le plus près du lieu de l'accident ou de l'urgence.

Endéans un rayon de 15 km le rendez-vous de l'antenne mobile et de l'ambulance a lieu en principe sur le lieu-même où se trouve l'urgence. Au-delà du rayon de 15 km, le rendez-vous a lieu soit sur le lieu-même où se trouve l'urgence, soit en un endroit sur le trajet vers l'hôpital à convenir entre l'ambulance et l'antenne mobile par le biais du central des secours d'urgence 012.

II. Le médecin-généraliste

Alors que l'équipe SAMU devra intervenir pour secourir les urgences avec détresse vitale (urgences degré I) un système complémentaire est mis en place pour secourir les urgences sans détresse vitale mais nécessitant un diagnostic et/ou un traitement médicaux rapides (urgences degré II).

Ce système visant uniquement les urgences du degré II se trouvant à domicile est assuré par les médecins-généralistes.

III. La régulation des appels:

La régulation des appels est assurée par les préposés du service d'urgence 012 conformément au schéma en annexe. La direction de la Protection Civile veillera à ce que les préposés du service d'urgence 012 reçoivent les instructions nécessaires pour pouvoir appliquer les directives de régulation dès le démarrage du service d'aide médicale urgente.

Conformément au schéma de régulation, (annexe I) l'intervention des différents organes de l'aide médicale est réglée comme suit:

A) Intervention du S.A. M. U.

Le S.A. M. U. intervient pour secourir l'urgence avec détresse vitale (urgence degré I) se trouvant à domicile ou sur la voie publique. L'intervention du S. A. M. U. comporte automatiquement l'intervention de l'ambulance du centre de secours le plus proche.

B) Intervention du médecin-généraliste

Contrairement aux médecins-anesthésistes-réanimateurs du S.A. M. U., les médecins-généralistes n'interviennent pas sous contrainte.

En conséquence, si un médecin n'est pas en mesure ou ne veut pas donner suite à la demande du C. S. U. 012, celui-ci s'adressera à un autre médecin. Les médecins-généralistes appelés par le C. S. U. 012 à se rendre auprès d'une urgence, emmènent leur trousse personnelle de médicaments.

a) Intervention du médecin-généraliste en complément au S.A. M. U.

Le médecin-généraliste intervient en complément au S.A. M. U. pour secourir l'urgence avec détresse vitale à domicile ou sur la voie publique, si celle-ci se trouve à plus de 15 km du lieu de stationnement du S.A. M. U. Le C. S. U. 012 s'adressera à un médecin-généraliste de la localité la plus proche de l'urgence. Si le médecin-généraliste du service de remplacement du secteur peut intervenir dans le même délai, le C. S. U. 012 s'adressera d'abord à celui-ci.

b) Intervention du médecin-généraliste seul:

Le médecin-généraliste intervient seul pour secourir l'urgence sans détresse vitale si elle se trouve à domicile. En cas de besoin, le médecin demandera l'intervention du S.A. M. U. ou l'intervention de l'ambulance seule.

Le C. S. U. 012 s'adressera à un médecin de la localité la plus proche de l'urgence. Si le médecin-généraliste du service de remplacement peut intervenir dans le même délai, le C. S. U. 012 s'adressera d'abord à celui-ci.

c) Projet-pilote

Un projet-pilote sera réalisé dans le secteur du service de remplacement des médecins-généralistes de Luxembourg. Ce secteur comprend les communes de Luxembourg, Hesperange et Kopstal.

Le Ministère de la Santé mettra à la disposition des médecins assurant le service de remplacement dans le secteur de Luxembourg une voiture d'intervention dotée des moyens de télécommunication nécessaires.

Le médecin assurant le service de remplacement à l'aide de la voiture d'intervention est obligé de faire droit à la demande du C. S. U. 012 et de se rendre dans le meilleur délai auprès de l'urgence sans détresse vitale se trouvant à domicile.

Il peut également être sollicité exceptionnellement par le C. S. U. 012 pour secourir une urgence avec détresse vitale se trouvant à domicile, au cas où le SAMU Centre est déjà en intervention, que le délai d'intervention du SAMU d'une autre région est trop important et que le médecin-généraliste du projet-pilote pourra se rendre auprès de cette urgence degré I dans un délai de temps raisonnable. En parallèle à l'appel de ce médecin-généraliste pour une urgence degré I le C. S. U. 012 dépêche une ambulance du centre de secours le plus proche auprès de cette urgence.

Si le médecin du service de remplacement est déjà en mission et ne peut intervenir dans un délai raisonnable, le C. S. U. 012 pourra demander l'intervention d'un médecin-généraliste du secteur de Luxembourg divisé pour les besoins de la cause en 5 sous-secteurs: Le C. S. U. 012 appellera le médecin du sous secteur habitant le plus près de l'urgence.

Les médecins des sous-secteurs ainsi appelés ne sont pas soumis à contrainte pour intervenir.

C. Intervention de l'ambulance seule

L'ambulance intervient seule pour secourir et transporter à l'hôpital de garde l'urgence sans détresse vitale se trouvant sur la voie publique.

Les ambulanciers demanderont l'intervention du S.A. M. U. s'ils constatent sur place que l'état de santé de la victime exige des soins médicaux ou chirurgicaux immédiats.

IV) La coordination au niveau de chacun des trois centres SAMU est assurée par un médecin-anesthésiste responsable

Ce médecin est notamment responsable de l'établissement du plan de garde médical ainsi que du matériel de réanimation et des coffres de médicaments.

Le médecin responsable ainsi que son adjoint sont nommés par le Ministre de la Santé, sur avis du Ministre de l'Intérieur.

V) Procès-verbal des interventions

Pour chaque sortie S.A. M. U. l'équipe du S.A. M. U. remplira un procès-verbal dont le médecin porte la responsabilité.

De même, le médecin-généraliste dressera un procès-verbal de chaque intervention qu'il est appelé à faire à l'aide de la voiture d'intervention dans le secteur de Luxembourg à la demande du C. S. U. 012.

Le préposé C. S. U. fera un résumé succinct des données de l'appel enregistré.

Ces renseignements seront exploités statistiquement par la Direction de la Santé et soumis à un groupe de travail qui fera des propositions d'adaptation du système en cas de nécessité.

VI) Dénomination des voitures d'intervention et ambulances

Les antennes mobiles portent le signalement S.A. M. U.-012. Dans les communications téléphoniques et radiotéléphoniques elles sont appelées, S.A. M. U. Luxembourg S.A. M. U. Esch, S.A. M. U. Ettelbruck.

La voiture d'intervention des médecins-généralistes du secteur de Luxembourg porte le signalement: Médecin-012. Dans les communications téléphoniques et radiotéléphoniques, elle est appelée « Doc I ».

Les ambulances portent le signalement ambulance - 012. Elles sont appelées par le nom du centre de secours, p. ex. Ambulance Pétange I, Ambulance Esch II.

VII) Aspects financiers:

a) Médecins-généralistes assurant le service d'urgence 012.

Les visites d'urgences effectuées par les médecins-généralistes sur demandes du 012 sont rémunérées selon les tarifs prévus par la convention entre l'association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) et l'union des caisses de maladie (UCM)

b) Médecins-spécialistes assurant le service SAMU.

Les sorties SAMU effectuées sur demande 012 par le médecin-spécialiste sont rémunérées selon les tarifs prévus par la convention entre l'AMMD et l'UCM.

A titre d'indemnité pour disponibilité le Ministre de la Santé accorde au groupe de médecin de chacun des trois centres une indemnité forfaitaire de 5 millions FL par centre et par an. Cette indemnité est liée à l'évolution de la valeur des points servant au calcul des traitements des fonctionnaires. Ce forfait est réparti entre les participants suivant un barème horaire élaboré par les médecins participant au service.

Le Ministère de la Santé prend encore en charge les primes d'assurances supplémentaires et /ou complémentaires couvrant la responsabilité professionnelle ainsi que les risques d'une invalidité partielle ou totale, temporaire ou définitive, et de décès, suite à un accident survenu dans le cadre du service SAMU.

c) Hôpitaux participant au service SAMU

Le Ministre de la Santé participe aux frais occasionnés aux hôpitaux par leur participation au service SAMU à raison de 5 millions FL par centre et par an. Cette indemnité est liée à l'évolution des salaires dans le secteur hospitalier.

Cette indemnité est à répartir entre les hôpitaux au pro rata de leur participation au service SAMU.

Les caisses de maladie prennent en charge les dépenses en relation avec le matériel thérapeutique ou de soins utilisés lors des interventions du service SAMU, selon des modalités restant à déterminer, pour autant que ce matériel n'est inclus dans un autre forfait à charge des caisses de maladie, et à condition que le matériel ait été utilisé pour un assuré ou coassuré des caisses de maladie.

Les risques encourus par les infirmiers sont couverts par l'assurance-accident tant en ce qui concerne leur travail à l'intérieur de l'hôpital que lors des sorties SAMU. En cas d'incapacité totale comme suite à un accident de travail la rente se chiffre à 80% du salaire de base.

En cas de décès suite à un accident de travail, la rente se chiffre à 40% du salaire annuel pour le conjoint jusqu'à son décès ou remariage et à 20% pour chaque enfant légitime ou naturel reconnu avant l'accident, jusqu'à l'âge de 18 ans. Les rentes réunies des survivants ne peuvent dépasser 80% de la rémunération de base. Ces rentes ne sont pas imposables.

Lors de la fixation définitive de l'intervention du Ministère de la Santé dans les frais créés par la participation d'un infirmier aux sorties SAMU, le Ministère tiendra compte des risques encourus par ce personnel.

d) Pour les trois intervenants précités (c.à.d. médecins-généralistes, médecins-spécialistes et hôpitaux), l'Etat s'engage à intervenir dans les frais d'une intervention SAMU demandée par le 012, lorsque les mêmes intervenants peuvent prouver par des pièces appropriées avoir épuisé tous les moyens de recouvrement des tarifs qui leur sont dûs.

VIII) Après une année, le fonctionnement du dispositif sera analysé dans le but de procéder aux adaptations jugées nécessaires

IX) Le dispositif SAMU débutera de la façon suivante:

- du 15 mai au 1er juin 1989 fonctionnement du dispositif sous sa forme complète mais de façon non officialisée.
- à partir du 1er juin 1989 fonctionnement officialisé sauf si la phase précédente révélait la nécessité de procéder à des adaptations et donc éventuellement à un report de la date d'officialisation su système.

ANNEXE II

Texte authentifié des articles 3, 4 et 10 du Chapitre I du règlement technique et de coordination du service médical d'urgence de l'association des médecins et médecins-dentistes

Art. 3. Le Service médical d'urgence a pour objet de procurer à des personnes blessées ou malades des soins d'urgence rapides et compétents à toute heure. L'étendue et l'importance de ce service se feront suivant le nombre de médecins disponibles.

L'association des médecins et médecins-dentistes met à la disposition du public, et pour les cas où les malades ou blessés ne peuvent accéder à leur médecin de famille ou au médecin de leur choix, un certain nombre de médecins-omni-praticiens, de médecins-spécialistes et de médecins-dentistes désignés par l'association.

Art. 4. Les blessés ou malades qui font appel à ces médecins doivent le faire soit par l'intermédiaire du central téléphonique du secours d'urgence de la Protection civile, soit par l'intermédiaire des hôpitaux de garde. Ces organes peuvent communiquer les noms des médecins de service, avec autorisation de ceux-ci. Les noms des médecins de service ne seront pas publiés dans la presse locale. Les appels doivent cependant passer par le central téléphonique ou par les hôpitaux de garde.

Les blessés ou malades ne peuvent prétendre à faire appel, dans le cadre du service d'urgence, à d'autres médecins que ceux qui sont de service.

Art. 10. Le paiement se fait à l'acte.

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et la Fédération des Patrons Opticiens du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales, les parties soussignées, à savoir :

La fédération des patrons opticiens du Grand-Duché de Luxembourg, agissant pour compte du groupement professionnel représentatif des patrons-opticiens admis à exercer le métier d'opticien au Luxembourg, représentée par son président, Monsieur Marc WIRTZ, et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales, d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg, d'autre part, ont convenu ce qui suit:

Fournisseurs

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les patrons-opticiens admis à exercer le métier d'opticien au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont établis au pays, qu'ils sont inscrits au rôle artisanal de la chambre des métiers de Luxembourg et fournissent des aides visuelles ou des audioprothèses prises en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

Par le terme «patrons opticiens» sont visées également les sociétés qui sont gérées par un patron-opticien répondant aux conditions prémentionnées.

Une liste officielle des patrons-opticiens répondant aux conditions du présent article est tenue à jour par la fédération des patrons-opticiens. Cette liste, ainsi que toutes modifications y apportées, sont communiquées à l'union des caisses de maladie.

Agrément des patrons-opticiens

Art. 2. Les patrons-opticiens figurant sur la liste visée à l'article précédent sont agréés d'office par l'union des caisses de maladie.

Les patrons-opticiens agréés placent à un endroit visible de leur magasin une plaquette attestant leur agrément par l'union des caisses de maladie.

Au cas où les conditions ou une des conditions prescrites à l'article 1er font défaut, l'agrément est retiré dans un délai de huit jours par lettre recommandée adressée au patron-opticien concerné. La plaquette d'agrément doit être enlevée.

L'union des caisses de maladie peut informer le public par voie de presse de la suppression de l'agrément.

La perte d'agrément implique refus de la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures et services commandés après la notification du retrait d'agrément.

Il est attribué à chaque opticien un code distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 14.

En cas de décès d'un patron-opticien, l'agrément peut être continué par décision de l'union des caisses de maladie sans toutefois que cette prolongation puisse excéder le délai prévu par la législation professionnelle applicable en pareil cas.

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession d'opticien au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout fournisseur visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

Personnes protégées

Art. 4. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 5. La qualité de personne protégée est établie à l'égard de l'opticien par la présentation d'une carte d'assuré.

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

L'opticien garantit l'identité de la personne à laquelle il fournit les aides visuelles ou autres fournitures et services avec celle au nom de laquelle il établit la facture.

Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du fournisseur, il doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Le fait par l'opticien d'inscrire le numéro de la carte d'assuré sur la facture établie conformément aux modalités arrêtées dans le cahier des charges prévu à l'article 14 constitue à l'égard de l'assurance maladie la preuve du contrôle de la concordance de l'identité du bénéficiaire des fournitures avec le titulaire de la carte d'assuré. À défaut de présentation de la carte d'assuré ou au cas où la concordance du titulaire de la carte d'assuré avec l'identité de l'acquéreur n'a pas pu être constatée, l'opticien barre ostensiblement l'endroit sur la facture réservé à l'inscription du numéro matricule de la personne protégée.

Carte d'assuré

Art. 6. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré contient les nom, prénoms ainsi que le numéro matricule de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 7. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du fournisseur.

Fournitures

Art. 8. Les fournitures prévues par les statuts qui font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie et qui sont délivrées par les patrons-opticiens sont inscrites dans les listes ayant l'appellation suivante:

- liste ..A (verres optiques),
- liste .. B (montures, éléments de montures, aides visuelles spéciales et téléloupes),
- liste .. C (lentilles de contact), S0007T- liste .. D (yeux artificiels),
- liste .. E (audioprothèses).

Le tarif du prix de vente des fournitures prévues aux listes A, C et D est établi par la fédération signataire et est basé sur les prix les plus avantageux des producteurs offrant la gamme de fabrication complète correspondant à l'ensemble des positions faisant l'objet de ces listes et dont les prix sont conformes aux dispositions de la loi du 7 juillet 1983 modifiant la loi du 31 juin 1961 ayant pour objet, entre autres, d'abroger et de remplacer l'arrêté grand-ducal du 8 novembre 1944 portant création d'un office des prix, telle qu'elle a été modifiée dans la suite.

La fédération signataire remet-à-jour les prix des listes A, C et D tous les six mois en fonction des prix les plus avantageux retenus conformément à l'article précédent. Ne sont pris en compte que les prix dûment autorisés par l'Office des Prix.

Les adaptations sont soumises à l'union des caisses de maladie au courant du premier et du septième mois de l'année et prennent effet le premier du mois respectif suivant.

Les fractions de prix de 0,01 à 2,50 francs et de 5,01 à 7,50 francs sont arrondies au multiple de 5 inférieur et celle de 2,51 francs à 5,00 francs et de 7,51 à 9,99 francs au multiple de 5 supérieur.

Montures-modèle de référence

Art. 9. Les patrons-opticiens doivent tenir à la disposition des personnes protégées quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes de forme anatomique devant correspondre en tous points aux caractéristiques des montures-modèle de référence déposées à l'union des caisses de maladie.

Ces modèles de référence sont choisis par la commission visée à l'article 14 de façon à ce que le prix facturé ne dépasse pas le tarif de prise en charge par l'assurance maladie.

Un choix de ces montures doit être tenu de façon constante à la disposition des personnes protégées dans les dimensions usuelles de 52-56 mm. Lorsque l'anatomie de la personne protégée exige des montures comportant des dimensions différentes, des montures adéquates doivent être fournies aux conditions prévues à l'alinéa 2.

La personne protégée a le droit à l'information sur la disponibilité de ces montures.

Qualité des services et fournitures

Art. 10. Tous les verres optiques repris à la liste A sont à définition d'image ponctuelle.

Art. 11. La fourniture des lentilles de contact dont la prise en charge par l'assurance maladie est prévue par les statuts comprend :

a) Les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle qui se déroulent dans un cabinet spécialement aménagé et disposant des instruments de contrôle adéquat.

b) La première fourniture en étuis spéciaux étanches avec solution pour la stérilisation, l'hydrophilie et le traitement isotonique des surfaces de contact.

c) La prestation de quatre séances d'essai, d'adaptation ou de contrôle, qui se déroulent dans les douze mois suivant la délivrance des lentilles de contact.

Lorsque dans le mois à compter de la première séance d'essai une intolérance des milieux antérieurs de l'oeil est constatée et que pour cette raison, après deux nouvelles séances d'essai ayant lieu dans les deux mois qui suivent le premier essai, les lentilles de contact prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent pas être fournies, seules les trois séances d'essai peuvent être facturées.

d) L'échange gratuit d'une lentille de contact en cas de vice de fabrication durant les six premiers mois après la première mise en place des lentilles.

Les prix indiqués pour la fourniture d'un oeil artificiel en verre ou en matière synthétique concernent l'oeil choisi dans la collection.

Si l'oeil doit être confectionné sur mesure, les prix en question sont majorés de 100 %.

Ordonnances médicales

Art. 12. Pour les enfants âgés de moins de 14 ans les lunettes et autres aides visuelles à charge de l'assurance maladie ne peuvent être délivrées que sur ordonnance médicale. Une ordonnance n'est cependant pas requise en cas de remplacement des verres endommagés endéans les six premiers mois de la première acquisition.

Sans préjudice des dispositions statutaires s'y rapportant, la prise en charge des lentilles de contact est subordonnée à la production préalable d'une ordonnance médicale, notamment dans les cas et les pathologies suivantes :

- myopie bi-ou monoculaire de plus de 8 dioptries
- hypermétropie bi- ou monoculaire de plus de 8 dioptries
- astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
- kératocône
- aphakie uni- et bilatérale
- anisétropie
- anisométrie de plus de 4 dioptries
- nystagmus de fixation
- anisocorie
- dystrophie cornéenne
- myopie évolutive génétique
- traumatisme cornéen ou scléral.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 13. Avant la délivrance des fournitures pour lesquelles une ordonnance médicale ou une autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale est prescrite, les fournisseurs liés par la présente convention sont tenus à informer les personnes protégées de la condition d'autorisation ou d'ordonnance préalable toutes les fois que cette autorisation ou ordonnance ne leur serait pas remise lors de la commande.

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

Transmission et circulation des données

Art. 14. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les fournisseurs font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Devis préalable

Art. 15. Au moment de la commande la personne protégée a le droit de demander l'établissement d'un devis écrit pour les fournitures et services susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie. Ce document renseigne sur le prix final des fournitures commandées ainsi que, sous réserve de l'accomplissement des autres conditions prescrites pour la prise en charge, sur la part de l'assurance maladie.

Factures pour fournitures

Art. 16. Les factures établies au nom de la personne protégée ayant reçu les fournitures ou services doivent être acquittées et renseigner sur les parts respectives incombant à la charge de l'assurance maladie et à la personne protégée ainsi que la date de la délivrance des fournitures.

Sans préjudice des conditions et modalités prévues au cahier des charges visé à l'article 14, les factures pour fournitures et services à charge de l'assurance maladie doivent être établies par référence aux listes visées à l'article 8.

Pour les montures la facture contient l'écart et le prix. Pour les verres la facture contient le prix, la dénomination et le diamètre.

Mode de paiement des fournitures et services

Art. 17. Les factures établies conformément à l'article précédent sont intégralement payées par la personne protégée au fournisseur.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées les opticiens se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect des listes

Art. 19. Les opticiens sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des fournitures qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature et dans les listes prévues par les statuts.

Formation continue

Art. 20. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les opticiens liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout opticien s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 21. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

Art. 22. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

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

Art. 23. Les fournisseurs font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Mise en vigueur de la convention

Art. 24. Sans préjudice des dispositions prévues par les dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 25. Les listes et les tarifs visés à l'article 8 ainsi que les dispositions conventionnelles qui s'y appliquent entrent en vigueur à partir du 1er février 1994. Jusqu'à cette date les parties appliquent les listes et tarifs ainsi que les dispositions conventionnelles s'y rapportant qui sont en vigueur au 31 décembre 1993.

Art. 26. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 14 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Art. 27. La délivrance des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial. Jusqu'à l'échéance de ce terme les listes et les tarifs appliqués aux fournitures y prévues dans le cadre des dispositions statutaires et conventionnelles applicables au 31 décembre 1993 restent provisoirement en vigueur.

Art. 28. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 29. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 30. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 31. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 32. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Art. 33. La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour la fédération des patrons opticiens du
Grand-Duché de Luxembourg,
le président,
(s.) M. WIRTZ,*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Orthophonistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir :

L'association luxembourgeoise des orthophonistes, agissant en qualité de groupement professionnel représentatif des orthophonistes établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Georgy MEDERNACH-STEFFEN et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales,

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les orthophonistes autorisés à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont établis à titre de profession libérale au pays et dispensent des soins de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession d'orthophoniste au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré qui reste la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser à un cabinet de prestataires exerçant leur profession en association comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

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

Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations ou fournitures délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable.

Le médecin-prescripteur doit donner son consentement écrit préalable aux plans de traitement prévus par les bilans visés à la nomenclature des actes posés par les orthophonistes. S'il en est disposé ainsi par les statuts de l'union des caisses de maladie ou par la nomenclature des actes, le plan de traitement doit être autorisé par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Les soins, prestations et fournitures de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois, en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée, constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Sous réserve de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, les prestations dispensées en cas d'urgence sans ordonnance médicale ne sont opposables à l'assurance maladie que si une ordonnance médicale établie à la suite des prestations certifie le caractère urgent des soins.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins ou des fournitures, les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige, la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations ou fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements, la présente convention ou par les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ou à approbation par le médecin traitant ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de ces autorisations.

Toutefois, les séries de traitement peuvent être commencées quinze jours après qu'un bilan avec plan de traitement ait été transmis au médecin traitant et, le cas échéant, au contrôle médical de la sécurité sociale. Le traitement ainsi commencé cesse d'être opposable à l'assurance maladie dès que le plan de traitement prévu au bilan est infirmé par le médecin traitant où dès que le refus d'autorisation du traitement par le contrôle médical de la sécurité sociale est acquis.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

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

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

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

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à la moitié du coefficient dont est affecté l'acte manqué. L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dus le cas échéant. L'indemnité est facturée sous le code PC1, respectivement PC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, à deux cents francs (200.- LUF), n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code PC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de santé de la personne protégée.

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

Prestations au domicile de la personne protégée

Art. 13. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ou de fournitures ne porte pas sur l'intégralité des soins prescrits, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péréemption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans les trois mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péréemption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige la charge de la preuve incombe au prestataire.

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

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec l'état de santé du malade ou avec l'efficacité du traitement, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature

Art. 19. Dans le cadre des prestations prises en charge par l'assurance maladie les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels.

Formation continue

Art. 20. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 21. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

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

Art. 22. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Code du prestataire

Art. 23. Il est attribué à chaque orthophoniste un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Mode de paiement des prestations

Art. 24. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Révision des tarifs

Art. 25. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes des orthophonistes sont révisées tous les ans.

Art. 26. Les adaptations tarifaires résultant de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 27. Sauf les conditions prévues ci-après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions du règlement grand-ducal du 30 juin 1970 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession d'orthophoniste et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession d'orthophoniste à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 28. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve de l'absence ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention

Art. 29. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 30. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 31. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 32. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 33. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 34. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 35. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 36. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 37. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 38. Le code du prestataire prévu à l'article 23 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association luxembourgeoise des orthopédistes,
la présidente,
(s.) G. MEDERNACH-STEFFEN
Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Maîtres orthopédistes-bandagistes et la Fédération des Patrons bottiers-orthopédistes du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir :

L'association des maîtres orthopédistes-bandagistes agissant comme groupement professionnel représentatif des maîtres orthopédistes-bandagistes établis au Luxembourg, représentée par son président, M. Philippe HAMMES déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales

la fédération des patrons bottiers-orthopédistes du Grand-Duché de Luxembourg agissant comme groupement professionnel représentatif des patrons bottiers-orthopédistes établis au Luxembourg, représentée par son président, M. Henri LALLEMANG, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Fournisseurs

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes admis à exercer légalement leur métier au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont établis au pays, qu'ils sont inscrits au rôle artisanal de la chambre des métiers de Luxembourg et délivrent des fournitures orthopédiques qui sont prises en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

Par le terme maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes sont visées également les sociétés qui sont gérées par un maître orthopédiste-bandagiste ou bottier-orthopédiste répondant aux conditions prémentionnées.

Une liste officielle des maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes répondant aux conditions du présent article est tenue-à-jour par l'association des maîtres orthopédistes-bandagistes et la fédération des patrons bottiers-orthopédistes. Cette liste ainsi que toutes modifications y apportées sont communiquées à l'union des caisses de maladie.

Agrément des maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes

Art. 2. Les maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes figurant sur la liste visée à l'article précédent sont agréés d'office par l'union des caisses de maladie.

Les maîtres orthopédistes-bandagistes et bottiers-orthopédistes agréés ont le droit de placer dans la devanture de leur établissement une plaquette attestant leur agrément par l'union des caisses de maladie.

Au cas où les conditions ou une des conditions prescrites à l'article 1^{er} font défaut, l'agrément est retiré dans un délai de huit jours par lettre recommandée adressée au maître orthopédiste-bandagiste ou bottier-orthopédiste concerné. La plaquette d'agrément doit être enlevée.

L'union des caisses de maladie peut informer le public de la suppression de l'agrément par voie de presse.

La perte d'agrément implique refus de la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures commandées après la notification du retrait d'agrément.

En cas de décès ou de départ d'un maître orthopédiste-bandagiste ou bottier-orthopédiste l'agrément peut être continué par décision de l'union des caisses de maladie sans toutefois que cette prolongation puisse excéder le délai prévu par la législation professionnelle applicable en pareil cas.

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de maître orthopédiste-bandagiste et de la profession de maître bottier-orthopédiste au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout fournisseur visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

Personnes protégées

Art. 4. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 5. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du fournisseur par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Dans le cadre du système du tiers payant le fournisseur garantit la correspondance de la carte d'assuré avec les données personnelles de la personne protégée figurant sur l'ordonnance médicale.

Carte d'assuré

Art. 6. L'union de caisses de maladie met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à l'annexe technique «A». La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 7. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du fournisseur.

Liste des fournitures

Art. 8. Sont pris en charge dans le cadre de la présente convention et aux taux fixés par les statuts, les prothèses, orthèses, épithèses et autres fournitures reprises soit:

- dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses nommée sous son appellation informatique «Fichier O1» et tel que ce fichier est défini par le cahier des charges prévu à l'article 11;
- dans les différentes listes prévues par les statuts et concernant les moyens adjuvants, curatifs, accessoires et appareils pour lesquels les fournisseurs prévus par la présente convention détiennent une autorisation de commerce.

Conformité des fournitures aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 9. Sauf disposition légale, réglementaire, conventionnelle ou statutaire expresse contraire, les fournitures délivrées par les fournisseurs visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable rédigée conformément à la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

Les prothèses, orthèses et épithèses faisant l'objet d'une liste spéciale prévue par les statuts peuvent être adaptées ou réparées à charge de l'assurance maladie sans ordonnance préalable.

Les fournitures à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le fournisseur au moment de la délivrance des fournitures, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de fournitures soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de fournitures pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du fournisseur sur l'ordonnance.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 10. Avant la délivrance des fournitures les fournisseurs liés par la présente convention vérifient si les fournitures demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance.

Les fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

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

Transmission et circulation des données

Art. 11. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les fournisseurs font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Factures

Art. 12. Les factures établies sur les formules standardisées prévues à l'article 11 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux fournitures délivrées personnellement par le fournisseur.

Les fournitures doivent être inscrites sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature ou dans les listes. Elles doivent montrer le prix final des fournitures ainsi que la date de leur délivrance.

En cas de paiement immédiat par la personne protégée les fournisseurs en donnent acquit sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des factures préalables à la délivrance des fournitures est interdit.

Dans tous les cas la prestation est réputée avoir été délivrée au plus tard au jour de la date de la facture.

Les factures remplies de manière incomplète ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les factures établies et acquittées même par délégation engagent la responsabilité personnelle du fournisseur quant à la conformité des inscriptions.

Informations préalables à la délivrance

Art. 13. Les fournitures pour lesquelles les statuts en font une condition expresse de la prise en charge ne sont opposables à l'assurance maladie que sur autorisation préalable du contrôle médical.

Les fournitures prescrites par ordonnance médicale qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être délivrées aux personnes protégées qu'après avertissement y relatif du fournisseur les informant également sur le prix de la fourniture. En cas de litige la charge de la preuve de cette information préalable incombe au fournisseur.

Le choix des fournitures orthopédiques, prothèses, orthèses et épithèses proposé par le fournisseur à la personne protégées dans le cadre de l'ordonnance médicale est fait suivant le principe de la médication économique et suffisante.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les fournisseurs doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale à la commande des fournitures et ont le droit de la conserver jusqu'à leur délivrance.

A la première demande et contre paiement des fournitures effectivement délivrées, le fournisseur est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le fournisseur doit invalider les ordonnances après la délivrance des fournitures par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «FOURNITURES DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance des fournitures ne porte pas sur l'intégralité des prescriptions médicales, le fournisseur indique celles qui ont été effectivement délivrées par lui sur l'ordonnance.

Péréemption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel les fournitures doivent être délivrées.

A défaut d'indication à ce sujet les fournitures ne sont opposables à l'assurance maladie que si le devis a été demandé ou la commande a été faite dans les trois mois à compter de la date de l'émission de l'autorisation du contrôle médical.

Lorsque la personne protégée procède à la commande ou à l'achat après ce délai, les fournitures ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical.

Les fournisseurs s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péréemption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique ou son incompatibilité avec les prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le fournisseur peut toutefois procéder à la délivrance des fournitures toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive par le fournisseur à la non opposabilité, l'aura expressément accepté. En cas de litige la charge de la preuve incombe au fournisseur.

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

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un fournisseur sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de délivrer les fournitures dans un délai compatible avec l'état de santé du malade ou avec l'efficacité du traitement, il en informe le malade.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées les fournisseurs se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature et des listes

Art. 19. Les fournisseurs sont tenus de respecter les listes prévues par les statuts et les nomenclatures officielles et s'interdisent de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des fournitures qui n'y sont pas prévues.

Pathologies inhabituelles

Art. 20. Lorsque en raison d'une pathologie inhabituelle une ordonnance médicale prévoit la délivrance de fournitures non inscrites dans une nomenclature ou liste officielle, la fourniture en cause peut être prise en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur autorisation préalable du contrôle médical. L'autorisation est émise sur demande du fournisseur cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et sur devis préalable.

Formation continue

Art. 21. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les fournisseurs liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout fournisseur s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 22. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

Art. 23. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

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

Art. 24. Les fournisseurs font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession

Art. 25. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Mode de prise en charge des fournitures

Art. 26. D'une manière générale les fournitures sont payées au fournisseur par la personne protégée sur présentation d'une facture. L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec la facture.

Toutefois, le système du tiers payant est appliqué

1) pour les fourniture délivrées aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;

2) pour les fournitures dépassant le prix de 8.000.- francs et pour lesquelles un accord de prise en charge préalable a été donné par l'assurance maladie au fournisseur.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le fournisseur sur la personne à laquelle les fournitures sont délivrées.

Les fournitures prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur délivrance peut être documentée par le fournisseur à l'égard de l'union des caisses de maladie par des ordonnances médicales originales.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le fournisseur délivre une copie de l'ordonnance à la personne protégée et établit une facture dans les formes prévues à l'article 12, qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 27. Sans préjudice de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles portant également exclusion d'une prise en charge directe par le système du tiers payant, celui-ci n'est pas appliqué lorsque lors du contrôle de la mise en place des prothèses et orthèses, prévu à l'article 341 du code des assurances sociales le contrôle médical constate que les fournitures sont déficientes et ne correspondent pas aux finalités thérapeutiques ou à l'efficacité du traitement.

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

Art. 28. Aux fins d'obtenir le paiement de la partie du prix opposable à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le fournisseur remet à l'union des caisses de maladie les factures dûment établies conformément à l'article 12, accompagnées de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, de l'autorisation du contrôle médical et de la copie du devis préalablement établi, accepté par l'assurance maladie.

Les factures sont remises à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq factures est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant de la facture.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des fournitures non contestées au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le fournisseur.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au fournisseur un relevé des fournitures payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des factures payées.

Les fournisseurs sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 11.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des factures

Art. 29. Les factures contestées par l'union des caisses de maladie sont retournées au fournisseur par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les factures. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 11.

Les factures retournées après contestation doivent être reproduites au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurance sociales.

Les factures contestées trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les fournisseurs s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des factures tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les factures dont il s'agit ne sont pas définitivement écartées de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 30. Le paiement effectué conformément à article 28 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du fournisseur au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception des factures.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le fournisseur a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant figurant au relevé visé à l'alinéa 3 de l'article 28 et prennent cours le premier du mois qui suit celui pour lequel le paiement était dû.

Garanties de paiement dans le cadre du système du tiers payant

Art. 31. L'union des caisses de maladie garantit aux fournisseurs liés par la présente convention le paiement des fournitures délivrées dans le cadre de la procédure du tiers payant jusqu'à concurrence du montant de prise en charge prévu par les statuts, ce sans préjudice du défaut d'affiliation des personnes auxquelles ont été délivrées les fournitures, à condition que celles-ci aient été délivrées conformément aux dispositions de la présente convention et notamment des articles 5,9,16 et 26 à 28.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 32. Les fournisseurs visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les fournitures servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le fournisseur ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve du départ ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date de la délivrance des fournitures.

Le fournisseur ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Révision des tarifs

Art. 33. Les tarifs des prothèses, orthèses et épithèses prévues par les nomenclatures visées à l'article 65 du code des assurances sociales sont révisés tous les ans.

Code fournisseur

Art. 34. Il est attribué à chaque fournisseur un code distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 11.

Matériaux et procédés de fabrication

Art. 35. Pour autant que la nomenclature applicable aux fournisseurs de prothèses, orthèses et épithèses ne définit pas les matériaux et modalités spéciales applicables à la fabrication des fournitures, celles-ci sont réalisés en référence à la dernière édition publiée par le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne sous la dénomination: «Bundesprothesenliste, Benennungs-, Preis-, Baustoff- und Gipsabzugsliste», éditée par la maison d'édition «Georg Thieme Verlag, Stuttgart». Pour les chaussures orthopédiques les parties se réfèrent au document intitulé: «Ausführungsbestimmungen und Materialansätze zu den einzelnen Positionen» de la «Orthopädieschumacher-Innung für das Saarland.»

Dans le cadre de la présente convention, les termes «chaussures orthopédiques» visent également les chaussures thérapeutiques.

Conditions de commande et de livraison

Art. 36. Pour autant que des conditions et modalités incompatibles ne soient pas expressément prévues par la nomenclature applicable aux fournisseurs de prothèses, orthèses et épithèses ou par la présente convention et compte tenu de l'adaptation de la terminologie employée, les conditions concernant la commande et de livraison des fournitures sont celles prévues par l'ouvrage cité à l'article précédent.

Mise en vigueur de la convention

Art. 37. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 38. La délivrance des fournitures inscrites dans les listes prévues par les statuts est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial. Jusqu'à l'échéance de ce terme les listes et les tarifs appliqués aux fournitures y prévues dans le cadre des dispositions statutaires et conventionnelles applicables au 31 décembre 1993 restent provisoirement en vigueur.

Art. 39. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 40. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 41. La dispensation des fournitures délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le fournisseur.

Art. 42. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 43. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 44. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Les personnes protégées disposant à la mise en vigueur des nouveaux statuts d'une seule paire de chaussures orthopédiques prise en charge par l'assurance maladie d'après les anciennes dispositions statutaires, sont en droit de se faire délivrer une deuxième paire conformément aux dispositions statutaires nouvelles.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 45. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant, les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 11 la présente convention.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 46. La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les fournitures sont prises en charge d'après les listes prévues dans le cadre des dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur dans la mesure où elles ne sont pas contraires à la nomenclature afférente.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en trois exemplaires.

*Pour l'association des maîtres
orthopédistes-bandagistes,
le président,
(s.) Ph. HAMMES,*

*Pour la fédération des patrons
bottiers-orthopédistes,
le président,
(s.) H. LALLEMANG,*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et le Syndicat des Pharmaciens Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir :

Le syndicat des pharmaciens luxembourgeois a.s.b.l. agissant au titre de groupement professionnel représentatif des pharmaciens, représentée par son président, Monsieur Paul TRIERWEILER et son secrétaire, Monsieur Pierre HIPPERT, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Fournisseurs

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les pharmaciens titulaires d'une pharmacie ouverte au public, établie légalement au Grand-Duché de Luxembourg.

Personnes protégées

Art. 2. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 3. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du pharmacien par la présentation d'une carte d'assuré.

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

Lors de la délivrance des médicaments et d'autres fournitures le pharmacien se fait présenter l'ordonnance médicale ainsi que la carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance.

Carte d'assuré

Art. 4. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses de maladie visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré, qui est la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice, contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 5. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du pharmacien, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 6 concernant le cas d'urgence, la domiciliation temporaire de la personne protégée à titre de sanction et le cas d'un traitement stationnaire hospitalier.

Art. 6. Il est reconnu que les dispositions prises dans le cadre de la réglementation du service de garde applicables aux pharmaciens liés par la présente convention ne sont pas de nature à apporter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Il est reconnu de même que la domiciliation temporaire au titre des sanctions prévues par les statuts de l'union des caisses de maladie en vertu de l'article 23, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une personne protégée auprès de pharmaciens déterminés, n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les médicaments lors d'un séjour stationnaire dans un hôpital par la pharmacie d'hôpital ou par le pharmacien y agréé, n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du pharmacien par la personne protégée.

Liste des médicaments et des autres fournitures

Art. 7. Sauf dérogation expresse ne sont pris en charge dans le cadre de la présente convention que les médicaments ou autres fournitures repris soit:

- dans la liste des médicaments à usage humain admis à la vente au Luxembourg, telle que cette liste est définie par la convention du 14 juin 1990 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et la s.à.r.l. CEFIP et nommée sous son appellation informatique «Fichier A1»;

- dans la liste des honoraires, produits, préparations médicamenteuses simples ou composées figurant au règlement ministériel modifié du 10 janvier 1991 fixant le tarif des médicaments et nommée sous son appellation informatique «Fichier A2»;

- dans des listes portant les accessoires et autres produits en vente en pharmacie autres que ceux figurant dans les fichiers A1 et A2 pour lesquels les statuts de l'union des caisses de maladie prévoient une prise en charge ou une participation. L'appellation informatique de ces listes est arrêtée au cahier des charges prévu à l'article 16.

Ordonnances médicales

Art. 8. Les médicaments ou fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrés exclusivement sur ordonnance médicale préalable.

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

Le contenu et la forme des ordonnances sont déterminées par la convention conclue avec le corps médical, le syndicat des pharmaciens entendu en son avis.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription médicale comporte pour chaque médicament: le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement, qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Au besoin le médecin indique la voie d'administration.

Il est loisible au médecin de prescrire des médicaments sous le nom générique (DCI) ou chimique de la substance active.

Délivrance des médicaments

Art. 9. Sauf les exceptions prévues par la présente convention, notamment en cas de substitution, les médicaments ou autres fournitures délivrés à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions inscrites sur les ordonnances.

La quantité à dispenser en une fois ne peut dépasser pour chaque médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global. Toutefois, un deuxième emballage ne peut être délivré que si la quantité prescrite couvre au moins cinquante pour cent (50 %) de ce deuxième emballage ou au moins trente pour cent (30 %) lorsqu'il s'agit d'un antibiotique.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est délivré.

Délivrances successives

Art. 10. Lorsque la quantité totale de médicaments nécessaire pour couvrir la durée du traitement prescrit n'est pas atteinte par le mode de délivrance prévu par l'article précédent, le pharmacien note sur l'ordonnance originale la quantité délivrée et remet à la personne protégée une copie certifiée conforme de l'ordonnance originale ainsi complétée. Cette copie sert de nouvelle ordonnance pour une délivrance ultérieure de médicaments suivant le même mode de dispensation.

Ce mode de délivrance peut se répéter jusqu'à épuisement complet de la quantité prescrite. Chaque copie d'ordonnance est numérotée. Les modalités d'inscription de la quantité délivrée sont précisées au cahier des charges prévu à l'article 16.

Substitution de médicaments

Art. 11. Aucune substitution ne peut être faite si la charge de l'assurance maladie s'en trouve accrue.

Sans préjudice de l'obligation du pharmacien d'observer les règles d'une dispensation économique des médicaments prévues par la présente convention, l'évaluation par le contrôle médical de la sécurité sociale du mode de dispensation individuel se réfère à la liste de transparence prévue à l'article XV, 2° de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, à laquelle doit de référer le pharmacien, le cas échéant, pour effectuer la substitution.

De l'accord du médecin-prescripteur et de la personne protégée, et si les circonstances recommandent un tel changement dans l'intérêt du malade, le pharmacien, dans le cadre de la substitution de médicaments, peut ajouter ou retrancher des fournitures à celles qui figurent sur l'ordonnance médicale. Le cas échéant le pharmacien rapporte cet amendement ainsi que l'accord du médecin-prescripteur sur l'ordonnance.

Art. 12. Tout en observant les règles régissant la délivrance quantitative des médicaments, le pharmacien doit fournir le produit le moins cher toutes les fois que le médecin n'indique sur l'ordonnance que la substance active d'un médicament sans préciser le nom de marque.

Par dérogation à l'article précédent, certains psychotropes, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques mis en vente sous une dénomination générique, portés sur une liste arrêtée par l'union des caisses de maladie, commercialisés uniquement dans un seul conditionnement plus important que les produits d'origine correspondants, doivent être substitués par le pharmacien par des produits d'origine lorsque, par la délivrance du générique une plus grande quantité serait délivrée que celle nécessaire pour la durée du traitement prescrit.

La liste visée ci-dessus est arrêtée sur proposition de la commission d'experts instituée sur base du règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués.

Dans le cas où la quantité prescrite d'un médicament nécessaire pour le traitement envisagé prescrit, est inférieure de cinquante pour cent (50 %) au contenu du plus petit emballage existant sur le marché, le pharmacien doit, de l'accord du médecin, substituer le médicament prescrit à un autre médicament à valeur thérapeutique équivalente.

Substitution de médicaments étrangers

Art. 13. Lorsqu'une ordonnance porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, le pharmacien peut, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent admis à la vente au Grand-Duché.

Autorisation préalable par le contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge dans le cadre du tiers payant

Art. 14. Les fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements, ou par les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale, ne peuvent être délivrés dans le cadre de la procédure du tiers payant que sur présentation de cette autorisation.

Avant la délivrance des fournitures, le pharmacien informe la personne protégée de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Dispensation de pansements et moyens accessoires

Art. 15. Les pansements, bandelettes et lancettes sont en principe prescrites sous le nom de marque.

A défaut d'indication pour les pansements, le produit le plus petit ou le moins cher est délivré.

Lorsqu'il s'agit de pansements, compresses, d'autres produits tissés ou d'ouates pour lesquels l'ordonnance médicale n'indique pas les mesures ou le poids, le conditionnement le plus économique commercialisé sur le marché est seul pris en charge.

Transmission et circulation des données

Art. 16. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les pharmaciens font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels ceux-ci sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise que sur tous les documents et supports échangés il est fait état du numéro national attribué aux médicaments et fournitures délivrés à charge de l'assurance maladie, du matricule de la personne protégée, du code du prescripteur, du code du fournisseur, de la date de l'ordonnance et de la date de la délivrance des médicaments.

Le cahier des charges détermine en outre les modalités et normes techniques, ainsi que les délais d'application concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et définit les supports et formats entrant en ligne de compte pour ces échanges.

Les taux et les forfaits de prise en charge statutaires ainsi que les autres modalités de prise en charge appliqués par les statuts aux différents médicaments et autres fournitures sont communiqués sur support informatique aux pharmaciens et autres instances désignées au cahier des charges en vue de leur intégration dans les fichiers informatiques utilisés dans les officines.

Correspondance entre le numéro national et les codes d'origine attribués aux produits

Art. 17. L'union des caisses de maladie s'engage à mettre à la disposition des pharmaciens un fichier informatique établissant dans la mesure du possible, le rapprochement entre le numéro national luxembourgeois et le code-barres apposé sur les emballages d'origine par le fabricant, pour autant qu'il existe. Ce fichier permet au pharmacien de déterminer par des moyens de lecture informatisés, le numéro national du produit à partir de ces codes-barres.

La réalisation de ce fichier de correspondance constitue un préalable à l'application du système du tiers payant généralisé.

Ce fichier informatique est régulièrement mis à jour sous la responsabilité de l'union des caisses de maladie.

Les normes techniques ainsi que les modalités d'application et le mode de diffusion du fichier font l'objet du cahier des charges prévu à l'article 16.

Mode de prise en charge des médicaments et fournitures dans le cadre du tiers payant

Art. 18. D'une manière générale la part statutaire à charge de l'assurance maladie et les médicaments et fournitures de l'assurance-accidents sont pris en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant à condition qu'il s'agisse de médicaments ou de fournitures inscrits dans les listes mentionnées à l'article 7, qu'ils soient munis du numéro national et à condition que lors de leur délivrance il est présenté au pharmacien la carte d'assuré de la personne figurant sur l'ordonnance médicale rédigée conformément aux dispositions de la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le pharmacien sur la personne à laquelle les fournitures sont délivrées.

Dans le cadre du système du tiers payant le pharmacien garantit la correspondance de la carte d'assuré avec les données personnelles de la personne protégée figurant sur l'ordonnance médicale.

Toutefois pour les médicaments délivrés pour combattre des maladies infectieuses transmissibles par voie sexuelle, les ordonnances médicales établies pour compte d'une personne protégée valent également pour la prise en charge de ces médicaments en faveur d'autres personnes mentionnées sur l'ordonnance, vivant avec la personne protégée en communauté domestique. L'identification de ces personnes aux fins de la prise en charge n'est pas nécessaire.

Les médicaments pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur délivrance peut être documentée par le pharmacien à l'égard de l'union des caisses de maladie par des ordonnances médicales originales.

En cas de répétition d'ordonnance la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées conformes à l'original.

Les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciale, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies conformes par le pharmacien.

Lorsque l'ordonnance émise dans le cadre d'un traitement à l'étranger par un médecin qui n'est pas établi au Luxembourg porte sur des médicaments non admis à la vente au Grand-Duché de Luxembourg, ceux-ci sont pris en charge au taux fixés conformément aux statuts de l'union des caisses de maladie, à condition que l'ordonnance soit couverte par une autorisation sur le formulaire E112 ou un formulaire conventionnel analogue, dont la validité coïncide avec la date de l'ordonnance et s'il n'existe pas de médicament de substitution équivalent du point de vue de la composition et du dosage.

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

Art. 19. Avant le dix-huitième jour de chaque mois, l'union des caisses de maladie verse à chaque pharmacie à titre d'acompte, à valoir sur l'ensemble des médicaments délivrés dans le cadre du tiers payant pour le mois en cours, un montant égal à quatre-vingts pour cent (80 %) du montant mensuel moyen décompté dans le cadre du tiers payant au cours des dix premiers mois de l'exercice précédent.

Art. 20. Aux fins d'obtenir le paiement du solde de la partie du prix des médicaments opposable à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, se rapportant à la différence entre l'avance prévue à l'article précédent et le total de la créance opposable, le pharmacien remet à l'union des caisses de maladie au plus tard dans le mois subséquent le décompte des médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie durant le mois précédent. Ce décompte qui renseigne en bloc le total des médicaments fournis dans le cadre du système du tiers payant est établi dans la forme et sur le support prévus au cahier des charges visé à l'article 16, accompagné de l'original des ordonnances médicales qui sont munis, le cas échéant, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Sauf contestation formulée dans les conditions prévues à l'article 21, l'union des caisses de maladie procède à la régularisation du solde prévisé au plus tard trente jours après la réception du décompte. Les paiements sont effectués par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le pharmacien.

Afin d'accélérer la procédure de paiement, l'union des caisses de maladie accepte d'effectuer les virements à partir d'un de ses comptes bancaires auprès du même institut financier ou CCP que le pharmacien, si celui accepte de les recevoir sur un compte tenu par lui auprès d'un de ces mêmes instituts.

Avec le paiement du solde, l'union des caisses de maladie fait tenir au pharmacien un relevé permettant à celui-ci la vérification de la liquidation. Ce relevé contient les données définies dans le cahier des charges prévu à l'article 16 et est établi et transmis d'après les modalités y prévues.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des créances

Art. 21. Les créances contestées par l'union des caisses de maladie sont notifiées au pharmacien par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation. Ce motif peut être exprimé par des codes ou signes fixés au cahier des charges.

Les contestations, qui peuvent se rapporter même à des ordonnances déjà payées conformément à l'article précédent, sont notifiées au plus tard avant le soixantième jour suivant celui de la réception du relevé sur lequel elles figuraient pour la première fois. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 16.

Les montants des ordonnances contestées sont portés en déduction par compensation des créances que le pharmacien a acquises dans la suite à l'égard de l'union de caisses de maladie.

Les créances contestées peuvent être reproduites sur un relevé subséquent par le pharmacien, aussitôt que la cause de leur contestation vient à cesser, mais au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Paiement tardif

Art. 22. Les paiements effectués conformément aux articles 19 et 20 sont libératoires au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du pharmacien au plus tard aux délais ci-après.

Au cas où il est établi que le paiement de l'acompte visé à l'article 19 été effectué seulement après le 1er du mois suivant celui pour lequel il était dû ou si le paiement du solde n'a pas été effectué dans les 30 jours de la réception du décompte visé à l'article 20, le pharmacien a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts en cas de retard de paiement de l'acompte sont calculés par intérêts simples sur le montant de l'acompte fixé et courent à partir du premier du mois subséquent à celui pour lequel l'acompte était dû.

Les intérêts en cas de retard de paiement du solde sont calculés par intérêts simples sur le montant du solde résultant du décompte et courent à partir du 30e jour de sa réception par l'union des caisses de maladie.

Si le retard de paiement dépasse soixante jours à partir de la date ultime de paiement prévue, le système du tiers payant, excepté celui visé pour l'assurance accidents et celui imposé par l'article 24 du code des assurances sociales, ne sera plus d'application à partir du premier jour du mois suivant cet intervalle. Le système du tiers payant est réinstauré de plein droit à partir du 1er du mois suivant le paiement des dettes restées en souffrance.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 23. Sans préjudice de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles portant également exclusion d'une prise en charge directe par le système du tiers payant, celui-ci n'est pas appliqué:

- pour les fournitures non munies d'un numéro national;
- lorsqu'une carte d'assuré correspondant au titulaire de l'ordonnance ne peut être présentée lors de la délivrance des médicaments;
- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 16 ou non conforme au modèle agréé est présentée;
- lorsque l'espace réservé sur l'ordonnance pour l'inscription du matricule de sécurité sociale est barré ou désempli;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le pharmacien;
- pour les médicaments non admis à la vente au Luxembourg si une substitution conformément à l'article 13, n'est pas effectuée;
- les médicaments, pansements et autres fournitures prescrits à titre préventif, grevés sur l'ordonnance de la mention «PREVENTIF».
- les fournitures non médicamenteuses pour lesquelles les statuts prévoient soit des délais de renouvellement soit une limitation des quantités remboursables au cours d'une période déterminée.

Opposabilité des ordonnances médicales

Art. 24. A défaut d'inscription d'un délai de validité par le médecin, et sans préjudice des délais plus longs visés par les alinéas suivants, la délivrance de médicaments et d'autres fournitures n'est opposable à l'assurance maladie que dans un délai de trois mois à dater de l'émission de l'ordonnance par le médecin-prescripteur.

Le délai commence à partir du jour de l'émission de l'ordonnance et finit au plus tard à minuit du même jour de calendrier du troisième mois suivant l'émission.

Garanties de paiement dans le cadre du système du tiers payant

Art. 25. L'union des caisses de maladie garantit aux pharmaciens liés par la présente convention le paiement des médicaments délivrés dans le cadre de la procédure du tiers payant jusqu'à concurrence du montant de prise en charge prévu par les statuts, ce sans préjudice du défaut d'affiliation des personnes auxquelles ont été délivrés les médicaments, à condition que ceux-ci aient été délivrés conformément aux dispositions de la présente convention et notamment des articles 9 à 15 et 23 à 28.

Factures pour médicaments et fournitures délivrés sur ordonnance médicale

Art. 26. Lorsque les médicaments inscrits sur une ordonnance sont tous pris en charge par le système du tiers payant, le pharmacien délivre un ticket de caisse renseignant le nom du fournisseur et reproduisant la date de l'achat, le nom de chacun des produits dispensés et la participation personnelle de la personne protégée.

Pour les médicaments et fournitures inscrits sur une ordonnance qui ne sont pas pris en charge par le système du tiers payant, le pharmacien remet à la personne protégée une facture reproduisant les données suivantes: Nom et code du pharmacien, code du prescripteur, dates de l'ordonnance et de la délivrance des fournitures, matricule de la personne protégée, la dénomination, le numéro national et le prix de vente de chaque fourniture. Le cahier des charges prévu à l'article 16 prévoit des codes par défaut pour les médicaments et prestataires non enregistrés.

Invalidation des ordonnances

Art. 27. A la délivrance de médicaments et fournitures y prescrits, le pharmacien doit invalider les ordonnances non prises en charge par le système du tiers payant par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «DELIVRE» ainsi que la date de son apposition et la signature ou la paraphe du dispensateur.

Détention et propriété de l'ordonnance médicale

Art. 28. L'ordonnance médicale, ou sa copie utilisée dans le cadre des présentes dispositions conventionnelles, est la propriété de la personne protégée.

La personne protégée cesse d'en être propriétaire lorsque l'ordonnance est remise au pharmacien en échange des médicaments y prescrits dans le cadre du tiers payant.

Lorsqu'il n'est pas fait application du système du tiers payant, le pharmacien remet à la personne protégée l'ordonnance originale invalidée ensemble avec un ticket de caisse.

Trousse du praticien

Art. 29. Les médicaments psychotropes injectables suivants, administrés au cabinet ou en visite dans des cas urgents par le médecin, sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant:

- Valium solution injectable 10mg/2ml (boîte à six ampoules),
- Haldol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules),
- Déhydrobenzoperidol solution injectable 5mg/1ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal solution injectable 40mg/2ml (boîte à cinq ampoules)
- Dominal forte solution injectable 80mg/4ml (boîte à cinq ampoules)

Ces médicaments sont délivrés dans les conditionnements prévus sans frais au médecin en pharmacie publique en quantité adaptée aux besoins de sa trousse contre remise d'une ordonnance dûment datée et signée, spécifiant les médicaments à délivrer et portant la mention «POUR TROUSSE».

Les produits injectables non prévus ci-dessus, administrés par le médecin en consultation ou en visite sont délivrés sur ordonnance médicale, en boîtes entières, aux fins de les restituer au médecin. Dans ce cas les ordonnances médicales portent la mention «Ad manum medici».

Collection de médicaments non consommés

Art. 30. Les médicaments non encore consommés mais pris en charge par l'assurance maladie qui sont retournés par les patients, sont collectés par les pharmaciens au bénéfice d'organisations oeuvrant dans le domaine de la santé et reconnues par les parties à la présente convention comme assurant une diffusion de ces médicaments à des nécessiteux à travers le monde.

Ces médicaments peuvent également être mis à disposition des hôpitaux luxembourgeois dans le cadre de disposition conventionnelles spéciales.

Formation continue

Art. 31. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les pharmaciens liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de la science, de l'évolution technique, des pratiques professionnelles, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout pharmacien s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Déontologie professionnelle

Art. 32. Dans leurs relations avec les personnes protégées les pharmaciens se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Secret professionnel

Art. 33. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout pharmacien dans les conditions établies par la loi.

Le pharmacien doit garantir le secret total de tout ce dont il a pris connaissance dans l'exercice de sa profession, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le pharmacien veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et qu'ils s'y conforment.

Echange d'informations et code du prestataire

Art. 34. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

L'union des caisses de maladie peut mettre à disposition des pharmaciens une liste des numéros concernant des cartes d'assuré périmées. Les conditions de circulation de ces listes sont réglées par le cahier des charges prévu à l'article 16.

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

Art. 35. Il est attribué à chaque pharmacien un code distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 16.

Statistiques de consommation des médicaments

Art. 36. Il est de convention expresse que l'union des caisses de maladie met à la disposition du syndicat des pharmaciens une statistique montrant la consommation des médicaments à charge de l'assurance maladie et de l'assurance accidents.

La statistique établie sur un relevé regroupe le nombre et la valeur des médicaments d'après le numéro national, délivrés par le système du tiers payant dans le pays. Les mêmes données sont également fournies au moins sur douze relevés distincts regroupant chacun les statistiques de l'ensemble des pharmacies dans chaque canton au moins.

La statistique visée ci-dessus est éditée annuellement. Toutefois une édition semestrielle ou trimestrielle est réalisée à la demande du syndicat des pharmaciens à condition que les systèmes informatiques exploités par l'union des caisses de maladie permettent cette réalisation.

Constatation du montant de l'abattement

Art. 37. Le montant de l'abattement prévu au règlement grand-ducal visé à l'article 67, alinéa trois du code des assurances sociales est calculé sur base du montant brut des médicaments correspondant aux catégories de médicaments non exemptés de l'abattement, délivrés sur ordonnance médicale et pour lesquels une prise en charge a été accordé par l'assurance maladie.

Ne sont pas pris en considération pour le calcul de l'abattement, les médicaments non enregistrés dans un des fichiers visés à l'article 7, pour lesquels un prix de vente officiel n'est pas fixé, qui sont délivrés conformément à la législation et à la réglementation concernant les attributions et la réglementation de la profession de pharmacien.

Dans le cadre de la présente disposition, les termes «l'assurance maladie» désignent exclusivement les caisses de maladie visées à l'article 51 du code des assurances sociales ainsi que l'union des caisses de maladie, à l'exclusion de l'assurance accidents.

Le montant de l'abattement dû est constaté pour chaque pharmacie individuellement par les services de l'union des caisses de maladie. Ce montant est établi mensuellement en prenant en considération le décompte visé à l'article 20, ainsi que les médicaments exclus du système du tiers payant pour lesquels un remboursement a été effectué à charge de l'assurance maladie pendant la même période que celle dont il a été tenu compte pour le relevé précité.

L'union des caisses de maladie établit pour chaque pharmacie une facture individuelle dans les formes et d'après les modalités prévues au cahier des charges visé à l'article 16.

Paiement de l'abattement par le pharmacien

Art. 38. La facture prévisée est établie en multipliant le montant brut du prix de vente des médicaments déterminés conformément aux articles qui précèdent par un taux de 4,85 % pour les pharmacies tenues au paiement de l'abattement normal et par un taux de 2,425 % pour les pharmacies bénéficiant de l'abattement réduit visé à l'article 42.

L'abattement calculé conformément aux dispositions qui précèdent est soit versé par le pharmacien à l'union des caisses de maladie, soit réglé par compensation conventionnelle sur les versements visés à l'article 20.

Formalités relatives à l'octroi d'une dispense d'abattement et des réductions d'abattement

Art. 39. Les pharmaciens qui demandent l'abattement réduit prévu à l'article 3 du règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 67, alinéa 3 du code des assurances sociales, de même que ceux qui demandent une dispense d'abattement prévue à l'article 5 du même règlement adressent à l'union des caisses de maladie une demande écrite.

Art. 40. Les pharmaciens qui demandent une dispense de l'abattement joignent à leur demande une attestation de l'administration de l'enregistrement et des domaines que le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année précédente est inférieur à douze millions de francs.

Les pharmaciens nouvellement autorisés à exploiter une concession de pharmacie joignent à leur demande une copie de l'octroi de concession par le ministre de la santé.

Dispense d'abattement en cas d'un chiffre d'affaires inférieur à douze millions de francs

Art. 41. La dispense d'abattement accordée aux pharmacies dont le chiffre d'affaires annuel reste inférieur à douze millions de francs est appliquée à l'année pour laquelle cette condition est réalisée.

Dans la mesure où pendant l'exercice afférent un abattement a été payé anticipativement par le bénéficiaire d'une telle dispense conformément aux dispositions réglementaires, le montant de l'abattement payé est restitué au pharmacien par l'union des caisses de maladie.

Le montant à restituer est égal à la somme des montants mensuels de l'abattement payé par le pharmacien au cours de l'année pour laquelle il bénéficie de la dispense.

Les montants payés au titre de l'abattement sont restitués au pharmacien par l'union des caisses de maladie dans les deux mois de la décision de dispense.

Réduction d'abattement

Art. 42. Les pharmaciens qui demandent une réduction de l'abattement transmettent les données se rapportant à la délivrance des médicaments conformément aux spécifications prévues au cahier des charges visé à l'article 16.

Le bénéfice de l'abattement réduit est attribué à partir du 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande, le cachet de la poste faisant foi, s'il est établi par un procès-verbal dressé par l'union des caisses de maladie sur examen des données transmises durant un temps d'épreuve de trois mois, que les données communiquées par le pharmacien répondent aux conditions prévues au cahier des charges.

Les litiges pouvant naître dans le cadre de la constatation de la conformité des données transmises au cahier des charges sont portés devant la commission de surveillance prévue à l'article 72 du code des assurances sociales.

Mise en vigueur de la convention

Art. 43. Sauf les exceptions prévues ci-après, la présente convention entre en vigueur au premier janvier 1994.

Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1^{er} janvier 1994, les dispositions en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Dispositions transitoires

Art. 44. La dispensation de médicaments et de fournitures délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le pharmacien.

Art. 45. Les dispositions de la présente convention, liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 46. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Les affaires pendantes devant la commission de surveillance instituée sur base de convention en vigueur au 31 décembre 1993 sont reprises dans l'état de la procédure où elles se trouvent au 31 décembre 1993 par la commission de surveillance instituée à l'article 72 du code des assurances sociales.

A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 47. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 48. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- l'annexe technique concernant la carte d'assuré;
- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 16 de la présente convention.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 49. Les modalités de prise en charge affectant les différentes catégories de médicaments inscrites dans les listes prévues par l'article 7 sont mises en vigueur à une date à déterminer par les statuts ou, à défaut, provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie conformément à l'article 160 des statuts.

La prise en charge des fournitures inscrites dans les listes prévues par les nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues 15 jours après la publication de ces listes au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les fournitures sont prises en charge d'après les listes prévues dans le cadre des dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 50. Le code du prestataire prévu à l'article 35 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

Mise en place des systèmes informatiques pour la transmission de données prévus par le cahier des charges

Art. 51. L'année 1994 est considérée par les parties comme période d'essai des systèmes de communication informatique des données prévus au cahier des charges visé à l'article 16. Il est le but déclaré des parties contractantes de faire démarrer dès la mise en vigueur de la présente convention, dans les pharmacies qui déclarent s'engager dans cette voie, l'application informatisée du système du tiers payant prévu par l'article 24 du code des assurances sociales. Durant cette période, l'introduction de ce système est réalisé progressivement et par étapes déterminées individuellement entre l'union des caisses de maladie et les pharmaciens concernés, le syndicat des pharmaciens étant informé. L'application du tiers payant généralisé ne débutera pas avant le 1er janvier 1995.

Dans le cadre de la réalisation de chacune de ces étapes, les parties sont autorisées à mettre en application, même partiellement et individuellement, selon les nécessités pratiques et dans l'intérêt de la mise en place définitive du système, tout ou partie des instruments conventionnels et statutaires nouveaux.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour le syndicat des pharmaciens
luxembourgeois,
le président,
(s.) P. TRIERWEILER,
le secrétaire,
(s.) P. HIPPERT*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Psychomotriciens diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

les parties soussignées, à savoir :

L'association luxembourgeoise des psychomotriciens diplômés agissant en qualité de groupement représentatif des psychomotriciens diplômés établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Monique THORN et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert Kieffer, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à tous les psychomotriciens diplômés, autorisés à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg, dans la mesure où ils sont établis au pays à titre de profession libérale et dispensent des soins de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de psychomotricien au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à la disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré qui reste la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser à un cabinet de prestataires exerçant la profession de psychomotricien en association comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par le malade.

Cette présomption est inopérante lorsque la personne protégée porte son choix expressément sur un prestataire déterminé.

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

Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable.

Le médecin-prescripteur doit donner son consentement écrit préalable aux plans de traitement prévus par les bilans visés à la nomenclature des actes posés par les psychomotriciens. S'il en est disposé ainsi par les statuts de l'union des caisses de maladie ou par la nomenclature des actes, le plan de traitement doit être autorisé par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Les soins et prestations de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements, la présente convention ou par les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ou à approbation par le médecin traitant ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de ces autorisations.

Toutefois les séries de traitement peuvent être commencées quinze jours après qu'un bilan avec plan de traitement ait été transmis au médecin traitant et, le cas échéant, au contrôle médical de la sécurité sociale. Le traitement ainsi commencé cesse d'être opposable à l'assurance maladie dès que le plan de traitement prévu au bilan est infirmé par le médecin traitant où dès que le refus d'autorisation du traitement par le contrôle médical de la sécurité sociale est acquis.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

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

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

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

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient équivalant, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, au montant de quatre cents francs (400.- LUF). L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée sous le code YC1, respectivement YC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, à deux cents francs (200.- LUF), n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code YC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de santé de la personne protégée.

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

Prestations au domicile de la personne protégée

Art. 13. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans les six mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péremption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige la charge de la preuve incombe au prestataire.

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

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec l'état de santé du malade ou avec l'efficacité du traitement, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature

Art. 19. Dans le cadre des prestations pris en charge par l'assurance maladie les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels.

Formation continue

Art. 20. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 21. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

Art. 22. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

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

Art. 23. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire

Art. 24. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations suivantes sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant :

- 1) Les prestations délivrées aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents ;
- 2) Les prestations dûment autorisées par le contrôle médical à condition que le traitement dépasse trente jours.
- 3) Les honoraires pour séries de prestations dispensées à des mineurs d'âge.
- 4) Les frais de déplacement connexes aux prestations visées aux points 1) à 3) ci-dessus.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

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

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 11, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale. Les mémoires d'honoraires sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévu, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale, une copie de l'ordonnance étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 10.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des mémoires d'honoraires

Art. 27. Les mémoires d'honoraires contestés par l'union des caisses de maladie sont retournés au prestataire par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 10.

Les mémoires d'honoraires retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les prestataires s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les mémoires dont il s'agit ne sont pas définitivement écartés de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 28. Le paiement effectué conformément à l'article 26 est libératoire au sens des dispositions prévues si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception de mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant figurant au relevé visé au 4^e alinéa de l'article 26 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 29. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 10 ou non conformes au modèle agréé par l'union des caisses de maladie est présentée;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le prestataire.

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 30. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au prestataire la non affiliation du patient et refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le prestataire a été faite conformément à l'article 4.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 72 du code des assurances sociales lorsque des paiements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégitimement obtenus.

Révision des tarifs

Art. 31. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes sont adaptés tous les ans.

Art. 32. Les adaptations tarifaires résultant de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 33. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1^{er} sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ainsi qu'au règlement portant exécution de cette loi et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession de psychomotricien à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Code du prestataire

Art. 34. Il est attribué à chaque psychomotricien un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 35. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve de l'absence ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention

Art. 36. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 37. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 38. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 39. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 40. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 41. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993, délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 42. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 43. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant :

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention ;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 44. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieure au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 45. Le code du prestataire prévu à l'article 34 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé la présente convention.
Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association luxembourgeoise des
psychomotriciens diplômés,
la présidente,
(s.) M. THORN,*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*

**Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Sages-femmes,
conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.**

Généralités

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
les parties soussignées, à savoir :

L'association luxembourgeoise des sages-femmes, agissant en qualité de groupement professionnel représentatif des sages-femmes établies au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Mylène KRECKE-VALENTINY et Melle Martine WELTER, membre du conseil d'administration, et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1^{er}. La présente convention s'applique à toutes les sages-femmes autorisées à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où elles sont habilitées à pratiquer les actes de la nomenclature applicable aux sages-femmes,

- soit à titre de profession libérale,

- soit au titre de salarié d'une association sans but lucratif ou d'une organisation sans but lucratif possédant la personnalité juridique, oeuvrant dans le domaine de la santé et qui, à ce titre, est reconnue par l'union des caisses de maladie,

ce pour autant que ces actes professionnels soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg et que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Le terme sage-femme désigne tant les hommes que les femmes exerçant cette profession.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de sage-femme au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de sage-femme n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

La disposition qui précède s'applique également aux associations et organisations visées à l'article 1er.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et, le cas échéant, d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

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

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

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice et contient le nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées par une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser soit à un cabinet de prestataires exerçant la profession de sage-femme à titre libéral dans une association visée à l'article 2, alinéa 2, soit à une institution reconnue par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 1er, comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Le fait par un prestataire de soins de se faire remplacer temporairement ou le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital ou dans une maternité par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sous réserve des dispositions légales ou réglementaires expresses, habilitant les sages-femmes à procéder sous leur propre responsabilité à exécuter ou à prescrire certains actes professionnels ou fournitures, les prestations délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable et si, le cas échéant, elles correspondent rigoureusement aux prescriptions médicales.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances de soins ou de fournitures délivrées par les sages-femmes doivent être conformes à leurs attributions définies par le règlement grand-ducal du 11 décembre 1981, réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme, tel que ce règlement a été modifié dans la suite.

En cas d'incompatibilité manifeste des soins prescrits par le médecin avec l'état de santé de la personne protégée, constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsqu'il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Dans les cas visés à la présente convention pour les actes de la nomenclature que la sage-femme, d'après le règlement grand-ducal précité, est habilitée à faire elle-même, le terme ordonnance médicale vise également celle émise par la sage-femme.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins, les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ainsi que, s'il s'agit de soins dispensés par des associations et organisations visées à l'article 1er, le nom et le code personnel du prestataire.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

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

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

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

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes exceptionnelles

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient équivalant, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, au montant de quatre cents francs (400.- LUF). L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée sous le code SC1, respectivement SC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut, au moment de la mise en vigueur de la présente convention, à deux cents francs (200.- LUF), n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code SC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de la personne protégée.

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

Prestations au domicile de la personne protégée

Art. 13. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

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

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péréemption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet, le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans le mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péremption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige, la charge de la preuve incombe au prestataire.

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

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec son état de santé ou avec l'efficacité du traitement, il en informe la personne protégée.

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

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées, les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature et bon usage des soins

Art. 19. Les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer, dans le cadre de l'assurance maladie, des soins qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les sages-femmes s'engagent à faire bénéficier les personnes protégées de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie professionnelle et aux données acquises par la science.

Les prestations à charge de l'assurance-maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.

A cet effet, les sages-femmes s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes professionnels et les prescriptions à l'état de chaque personne protégée.

Ordonnances établies par la sage-femme

Art. 20. La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 10.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription comporte pour chaque médicament, le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement. Au besoin la voie d'administration est indiquée.

Il est entendu qu'au cas où aucune indication sur la durée du traitement ne serait inscrite sur l'ordonnance, il n'est délivré que le plus petit conditionnement.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie lorsque la délivrance a eu lieu trois mois après son établissement.

Les examens de laboratoire sont ordonnés sur une feuille d'ordonnance définie au cahier des charges prévu à l'article 10.

Chaque prescription de laboratoire distincte doit être libellée individuellement et doit porter le code prévu à la nomenclature des actes de laboratoire.

Pathologies inhabituelles

Art. 21. Lorsqu'une ordonnance médicale prévoit la délivrance de soins non inscrits dans la nomenclature, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'autorisation est émise sur demande du prestataire cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

Formation continue

Art. 22. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 23. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

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

Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire

Art. 24. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement visé par l'article 26 du code des assurances sociales.

L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Révision des tarifs

Art. 26. Les tarifs des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes de sage-femme sont révisés tous les ans.

Art. 27. Les adaptations tarifaires font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 28. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions du règlement grand-ducal du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession de sage-femme à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

En vue de leur agrément les associations ou organisations visées à l'article 1er déposent auprès de l'union des caisses de maladie un exemplaire de leur acte constitutif valable au moment du dépôt ainsi qu'une liste des professionnels de santé visés par la présente convention qu'elles emploient. Les changements sur cette liste sont communiqués régulièrement à l'union des caisses de maladie. L'agrément est supposé accordé si dans le délai d'un mois de la réception des documents visés par le présent alinéa l'union des caisses n'a pas formé d'opposition écrite à l'agrément par lettre recommandée à la poste.

Les associations ou organisations visées à l'article 1er se voient retirer l'agrément s'ils dispensent sans autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale des prestations visées par la présente convention ordonnées par des médecins qu'ils emploient.

Code du prestataire

Art. 29. Il est attribué à chaque sage-femme un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 30. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve du départ ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention

Art. 31. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 32. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 33. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 34. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 35. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré.

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 36. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 37. Le code du prestataire prévu à l'article 29 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

*

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

Fait à Luxembourg, le 13 décembre 1993 en deux exemplaires.

*Pour l'association luxembourgeoise des
sages-femmes,
la présidente,
(s.) M. KRECKE-VALENTINY,
(s.) M. WELTER,
membre du conseil d'administration*

*Pour l'union des caisses de maladie,
le président,
(s.) R. KIEFFER*