

**MEMORIAL**  
Journal Officiel  
du Grand-Duché de  
Luxembourg



**MEMORIAL**  
Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

**RECUEIL DE LEGISLATION**

A — N° 28

18 février 2013

**Sommaire**

Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signé à Paris, le 20 mars 1952, tel qu'amendé par le Protocole N° 11 – Déclaration du Royaume-Uni .....	page 468
Convention pour la reconnaissance et l'exécution des sentences arbitrales étrangères, faite à New York, le 10 juin 1958 – Adhésion de Sao Tomé-et-Principe .....	468
Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, ouverte à la signature, à Strasbourg, le 20 avril 1959 – Protocole additionnel à la Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, ouvert à la signature, à Strasbourg, le 17 mars 1978 – Déclaration de l'Espagne .....	468
Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins .....	468
Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins-dentistes .....	472
Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, la caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention modifiée du 13 décembre 1993 liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé .....	475
Amendement au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, adopté par la neuvième Réunion des Parties, à Montréal, le 17 septembre 1997 – Ratification du Nicaragua .....	478
Amendement au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, conclu à Beijing, le 3 décembre 1999 – Ratification du Nicaragua .....	478
Accord international de 2006 sur les bois tropicaux, fait à Genève, le 27 janvier 2006 – Adhésion du Mozambique et de Trinité-et-Tobago .....	478
Convention relative aux droits des personnes handicapées, faite à New York, le 13 décembre 2006 – Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées relatif au Comité des droits des personnes handicapées, fait à New York, le 13 décembre 2006 – Adhésion d'Afghanistan .....	478
Accord international sur le cacao, fait à Genève, le 25 juin 2010 – Ratification de l'Indonésie ...	478

**Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signé à Paris, le 20 mars 1952, tel qu'amendé par le Protocole N° 11. – Déclaration du Royaume-Uni.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe que le Royaume-Uni a fait la Déclaration suivante, consignée dans une lettre de sa Représentation Permanente du 19 décembre 2012, enregistrée au Secrétariat Général le 19 décembre 2012.

Le 15 octobre 2012 la nouvelle constitution des îles Turques et Caïques est entrée en vigueur. Des élections se sont tenues le 9 novembre 2012, avec un taux de participation de 84% des électeurs. Les observateurs électoraux internationaux ont conclu que la procédure a été transparente et responsable, et que les résultats reflétaient la volonté de la population.

A la lumière de ces développements significatifs et positifs, conformément à l'article 4 du Protocole additionnel, le Royaume-Uni met à présent un terme au retrait de l'application de l'article 3 du Protocole additionnel à l'égard des îles Turques et Caïques, de façon à ce que l'article 3 du Protocole additionnel s'applique à nouveau à ce territoire.

Date d'effet: 19 décembre 2012.

**Convention pour la reconnaissance et l'exécution des sentences arbitrales étrangères, faite à New York, le 10 juin 1958. – Adhésion de Sao Tomé-et-Principe.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies qu'en date du 20 novembre 2012 Sao Tomé-et-Principe a adhéré à la Convention désignée ci-dessus, qui entrera en vigueur à l'égard de cet Etat le 18 février 2013.

- **Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, ouverte à la signature, à Strasbourg, le 20 avril 1959.**
- **Protocole additionnel à la Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, ouvert à la signature, à Strasbourg, le 17 mars 1978.**
- **Déclaration de l'Espagne.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe que l'Espagne a fait la Déclaration suivante, consignée dans une note verbale de sa Représentation Permanente, datée du 17 décembre 2012, enregistrée au Secrétariat Général le 19 décembre 2012:

S'agissant de la Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, l'Espagne tient à remplacer les termes «Registrars» de la version anglaise et «Greffiers» de la version française par ceux de «Secretarios Judiciales» dans le texte de la déclaration faite par l'Espagne au titre de l'article 24. Cette modification s'applique également au Protocole additionnel à la Convention européenne d'entraide judiciaire en matière pénale, fait à Strasbourg, le 17 mars 1978.

Cette modification est faite sur la base des indications du Ministère de la Justice car le terme anglais «Registrars» et le terme français «Greffiers» n'équivalent pas exactement aux fonctions exercées par les «Secretarios Judiciales» qui existent dans le système juridique espagnol.

Ainsi, tout comme les termes propres aux droits internes nationaux (tels que «Rechtspfleger» et «Greffier») s'emploient toujours dans leurs propres langues, eu égard à leur singularité, selon le Ministère de la Justice, le terme «Secretarios Judiciales» doit être employé, sans être traduit, dans le texte de la déclaration prévue à l'article 24 de ladite Convention.

**Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins.**

Vu les articles 24 et 61 à 70 du Code de la sécurité sociale;

Vu la convention du 13 décembre 1993 conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, telle qu'elle a été modifiée,

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 du Code de la sécurité sociale, représentée par son président, le docteur Jean UHRIG, et son secrétaire général, le docteur Claude SCHUMMER, d'une part,

et

la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son comité directeur, Monsieur Paul SCHMIT, d'autre part,

ont convenu de l'amendement de la convention mentionnée ci-dessus comme suit:

**1° L'article 9 prend la teneur suivante:**

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 final 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.

Dans le cadre de la procédure du tiers payant social, le médecin garantit en outre avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec celle dont les coordonnées figurent sur l'attestation de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale émise par l'office social et sur les étiquettes qui sont jointes à cette attestation.

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 et, le cas échéant, des documents conférant le bénéfice du tiers payant social.

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.

**2° L'article 24 prend la teneur suivante:**

Art. 24. (1) 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 prévisé 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.

(2) Lorsque le médecin dispense des soins à une personne disposant d'une attestation de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et d'une étiquette dont la période de validité couvre la date des prestations, il munit le mémoire d'honoraires de l'étiquette et procède conformément à l'article 67bis de la présente convention.

(3) 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.

### 3° L'article 60 prend la teneur suivante:

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 honoraires correspondant aux prestations énumérées ci-dessous:
  - a) 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;
  - b) les forfaits médicaux pour suivi au centre de jour de psychiatrie;
  - c) les indemnités horo-kilométriques dans le cadre du service de nuit en médecine générale;
  - d) les forfaits médicaux pour les traitements au centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation;
  - e) les consultations et les indemnités horo-kilométriques mises en compte par les médecins ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie;
  - f) les prestations mises en compte conformément à l'article 67bis de la présente convention à une personne bénéficiaire du tiers payant social.
- 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 ou les traitements pour patients admis en place de surveillance pour patients ambulatoires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse cent euros (100,- €);
  - b) pour les traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Les prestations médicales délivrées aux patients du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) sont considérées comme étant délivrées au titre du point 2 ci-dessus, même si ces prestations sont administrées en ambulatoire hors de l'enceinte du centre hospitalier.

La restitution des frais visés à l'article 20 se fait d'après les mêmes conditions et modalités que celles applicables aux prestations liquidées par la voie du tiers payant.

### 4° L'article 61 prend la teneur suivante:

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

Art. 61. (1) Sans préjudice des dispositions particulières régissant la prise en charge directe des prestations dans le cadre du tiers payant social, la procédure du tiers payant se déroule comme suit:

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 la Caisse nationale de santé les mémoires d'honoraires dûment établis conformément aux articles 24 et 25.

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

Pour être opposable à l'assurance maladie le mémoire d'honoraires établi par le médecin ayant participé à une réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie doit être accompagné d'une copie de la feuille de présence à la réunion correspondant au modèle tel que prévu dans le cahier des charges visé à l'article 18 de la présente convention.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant sont remis à la Caisse nationale de santé en bloc une fois par mois.

Chaque envoi est accompagné d'un relevé contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

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

La Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin un relevé des prestations payées, contenant les nom, 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.

(2) Par dérogation à la procédure prévue au paragraphe (1) du présent article, dans le cas de figure visé à l'article 60 alinéa 1 point 1) f), les mémoires d'honoraires munis d'une étiquette attestant le bénéfice à la prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale sont transmis par le médecin à la Caisse nationale de santé aux fins de paiement des honoraires déterminés conformément à l'article 67bis de la présente convention.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant social sont remis au service «Tiers payant social» de la Caisse nationale de santé à une périodicité à déterminer par le prestataire à l'intérieur du délai de prescription prévu par la loi.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin un relevé séparé des prestations prises en charge dans le cadre du tiers payant social, contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

## 5° L'article 62 prend la teneur suivante:

### **Contestation des mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social**

**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 de la sécurité sociale. Dans le cadre de la procédure de contestation, la Caisse nationale de santé 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.

Par dérogation à la procédure prévue à l'alinéa précédent, dans le cadre de la procédure du tiers payant social le médecin renvoie à la Caisse nationale de santé le mémoire d'honoraires éventuellement rectifié accompagné du mémoire d'honoraires contesté muni de l'étiquette.

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 de la sécurité sociale.

En cas de litige porté devant la commission de surveillance, la suspension de paiement prévue 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 ladite 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 la Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé dans le cadre du tiers payant.

## 6° Le Titre XI est complété par un article 67bis qui prend la teneur suivante:

### **Tiers payant social**

**Art. 67bis.** (1) Le mode de prise en charge directe prévu à l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dont le bénéfice peut être accordé à une personne sur décision d'un office social après application des législations et réglementations organisant l'aide sociale est désigné sous la terminologie «Tiers payant social».

Lorsque le médecin visé par la présente convention est amené à dispenser des soins à une personne disposant d'une attestation de tiers payant social et d'une étiquette, documents qui doivent correspondre aux modèles prévus dans le cahier des charges visé à l'article 18 de la présente convention, il met en compte les honoraires afférents directement à la Caisse nationale de santé, sous réserve de ce qui suit:

Les périodes de validité de l'attestation et de l'étiquette doivent coïncider avec et couvrir la date des prestations. A l'égard du prestataire, l'attestation émise par l'office social et les étiquettes sont valables pendant la période de validité qui figure sur les documents.

(2) Les honoraires visés par le tiers payant social sont ceux prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins mis en compte conformément aux conditions et modalités prévues dans la nomenclature et la présente convention. Le tiers payant social s'applique pareillement aux analyses de laboratoire de pratique courante prévus dans le règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins sont autorisés à effectuer personnellement dans leur cabinet médical à l'occasion des actes médicaux.

La Caisse nationale de santé s'engage à payer au médecin le tarif intégral de l'acte mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins, de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie et de la présente convention, sous réserve de ce qui suit: Le tarif intégral correspond au tarif de l'acte avec les participations résultant de l'application des taux de prise en charge prévus par les statuts de la CNS aux tarifs des actes visés ci-dessus. Les limitations des prestations prévues par les statuts de la CNS ne sont opposables au médecin que dans la mesure où le médecin, au moment où il dispense les prestations, disposait des informations lui permettant de savoir que les prestations qu'il dispense sortent des limitations des prestations. Les prestations dispensées à un bénéficiaire du tiers payant social en dépassement des limitations des prestations prévues dans les statuts sont facturées à la personne protégée en dehors de la procédure du tiers payant social.

(3) Les suppléments d'honoraires pour convenance personnelle prévus à l'article 50 alinéa 2 points 1 à 7 de la présente convention sont exclus de la procédure du tiers payant social.

### 7° Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

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

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 18 décembre 2012.

*Pour l'Association des médecins  
et médecins-dentistes*

**Dr Jean Uhrig**  
*Président*

**Dr Claude Schummer**  
*Secrétaire général*

*Pour la Caisse nationale  
de santé*

**M. Paul Schmit**  
*Président*

### **Amendement de la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins-dentistes.**

Vu les articles 24 et 61 à 70 du Code de la sécurité sociale;

Vu la convention du 13 décembre 1993 conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, telle qu'elle a été modifiée,

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 du Code de la sécurité sociale, représentée par son président, le docteur Jean UHRIG, et le président de l'Association des médecins-dentistes, le docteur Nico DIEDERICH, d'une part,

et

la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son comité directeur, Monsieur Paul SCHMIT, d'autre part,

ont convenu de l'amendement de la convention mentionnée ci-dessus comme suit:

#### **1° L'article 9 prend la teneur suivante:**

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 final 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.

Dans le cadre de la procédure du tiers payant social, le médecin-dentiste garantit en outre avoir vérifié l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec celle dont les coordonnées figurent sur l'attestation de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale émise par l'office social et sur les étiquettes qui sont jointes à cette attestation.

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 et, le cas échéant, des documents conférant le bénéfice du tiers payant social.

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.

#### **2° L'article 24 prend la teneur suivante:**

Art. 24. (1) 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 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-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 prévisé 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.

(2) Lorsque le médecin-dentiste dispense des soins à une personne disposant d'une attestation de prise en charge directe selon l'article 24, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et d'une étiquette dont la période de validité couvre la date des prestations, il munit le mémoire d'honoraires de l'étiquette et procède conformément à l'article 67bis de la présente convention.

(3) 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.

### 3° L'article 60 prend la teneur suivante:

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 honoraires correspondant aux prestations énumérées ci-dessous:
  - a) 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;
  - b) les prestations mises en compte conformément à l'article 67bis de la présente convention à une personne bénéficiaire du tiers payant social.
- 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 ou les traitements pour patients admis en place de surveillance pour patients ambulatoires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin-dentiste dépasse cent euros (100,- €);
  - b) pour les traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Les prestations médicales délivrées aux patients de l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat sont considérées comme étant délivrées au titre du point 2 ci-dessus, même si ces prestations sont administrées en ambulatoire hors de l'enceinte de l'hôpital neuropsychiatrique.

### 4° L'article 61 prend la teneur suivante:

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

Art. 61. (1) Sans préjudice des dispositions particulières régissant la prise en charge directe de prestations dans le cadre du tiers payant social, la procédure du tiers payant se déroule comme suit:

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 la Caisse nationale de santé les mémoires d'honoraires dûment établis conformément aux articles 24 et 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 la Caisse nationale de santé en bloc une fois par mois.

Chaque envoi est accompagné d'un relevé contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

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

La Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin-dentiste un relevé des prestations payées, contenant les nom, 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.

(2) Par dérogation à la procédure prévue au paragraphe (1) du présent article, dans le cas de figure visé à l'article 60 alinéa 1 point 1) b), les mémoires d'honoraires munis d'une étiquette attestant le bénéfice au tiers payant social sont transmis par le médecin-dentiste à la Caisse nationale de santé aux fins de paiement des honoraires déterminés conformément à l'article 67bis de la présente convention. Le cas échéant, le devis avisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale doit être joint au mémoire d'honoraires. Dans les cas de figure prévus à l'article 67bis paragraphe (2) alinéa 3, la Caisse nationale de santé ne procède au paiement du tarif d'intervention de l'office social que si l'original du formulaire de validation déterminant ce tarif dûment rempli et signé par un mandataire de l'office social est joint au mémoire d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires susceptibles d'être pris en charge par le système du tiers payant social sont remis au service «Tiers payant social» de la Caisse nationale de santé à une périodicité à déterminer par le prestataire à l'intérieur du délai de prescription prévu par la loi.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin-dentiste un relevé séparé des prestations prises en charge dans le cadre du tiers payant social, contenant les nom, prénom et numéro matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

#### 5° L'article 62 prend la teneur suivante:

##### **Contestation des mémoires d'honoraires dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social**

**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 de la sécurité sociale. Dans le cadre de la procédure de contestation, la Caisse nationale de santé 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.

Par dérogation à la procédure prévue à l'alinéa précédent, dans le cadre de la procédure du tiers payant social le médecin-dentiste renvoie à la Caisse nationale de santé le mémoire d'honoraires éventuellement rectifié accompagné du mémoire d'honoraires contesté muni de l'étiquette. Le cas échéant, le devis avisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale et validé par l'office social doit être joint.

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 de la sécurité sociale.

En cas de litige porté devant la commission de surveillance, la suspension de paiement prévue 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 ladite 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 la Caisse nationale de santé 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 la Caisse nationale de santé dans le cadre du tiers payant.

#### 6° Le Titre XI est complété par un article 67bis qui prend la teneur suivante:

##### **Tiers payant social**

**Art. 67bis.** (1) Le mode de prise en charge directe prévu à l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dont le bénéfice peut être accordé à une personne sur décision d'un office social après application des législations et réglementations organisant l'aide sociale est désigné sous la terminologie «Tiers payant social».

Lorsque le médecin-dentiste visé par la présente convention est amené à dispenser des soins à une personne disposant d'une attestation de tiers payant social et d'une étiquette, documents qui doivent correspondre aux modèles prévus dans le cahier des charges visé à l'article 18 de la présente convention, il met en compte les honoraires afférents directement à la Caisse nationale de santé, sous réserve de ce qui suit:

Les périodes de validité de l'attestation et de l'étiquette doivent coïncider avec et couvrir la date des prestations. A l'égard du prestataire l'attestation émise par l'office social et les étiquettes sont valables pendant la période de validité qui figure sur les documents.

(2) Les honoraires visés par le tiers payant social sont ceux prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes mis en compte conformément aux conditions et modalités prévues dans la nomenclature et la présente convention. Le tiers payant social s'applique pareillement aux analyses de laboratoire de pratique courante



prévus dans le règlement grand-ducal du 30 janvier 2004 fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins-dentistes sont autorisés à effectuer personnellement dans leur cabinet médical à l'occasion des actes médico-dentaires.

La Caisse nationale de santé s'engage à payer au médecin-dentiste le tarif intégral de l'acte mis en compte conformément aux dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie et de la présente convention, sous réserve de ce qui suit: Le tarif intégral correspond au tarif de l'acte avec les participations résultant de l'application des taux de prise en charge prévus par les statuts de la CNS aux tarifs des actes visés ci-dessus. Les limitations des prestations prévues par les statuts de la CNS ne sont opposables au médecin-dentiste que dans la mesure où le médecin-dentiste, au moment où il dispense les prestations, disposait des informations lui permettant de savoir que les prestations qu'il dispense sortent des limitations des prestations. Les prestations dispensées à un bénéficiaire du tiers payant social en dépassement des limitations des prestations prévues dans les statuts sont facturées à la personne protégée en dehors de la procédure du tiers payant social. Si les prestations délivrées en dépassement des limitations ci-dessus sont prestées pendant la même séance que des prestations tombant sous l'application du tiers payant social, elles sont facturées sur un mémoire d'honoraires distinct.

Les traitements médico-dentaires pour lesquels la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes prévoit un dépassement des tarifs sur base d'un devis préalable (DSD) et les prestations et fournitures dentaires convenues avec la personne protégée en dépassement des tarifs (CP8) pour un montant supérieur à 25 euros par séance ne peuvent être mis en compte dans le cadre de la procédure du tiers payant social que sous réserve d'une validation préalable d'un devis par l'office social compétent. Par cette validation l'office social détermine le montant de son intervention. Dans le cadre du tiers payant social, la Caisse nationale de santé verse au médecin-dentiste en plus des tarifs de remboursement de la caisse la part correspondant au tarif d'intervention déterminé par l'office social.

Les traitements médico-dentaires prévus à l'alinéa final de l'article 4 du règlement grand-ducal portant nomenclature des actes et services des médecins-dentistes et les prestations et fournitures dentaires convenues avec le bénéficiaire en dépassement des tarifs (CP8) pour un montant inférieur ou égal à 25 euros par séance dispensés sur une personne disposant d'une étiquette et d'une attestation du tiers payant social peuvent être mis en compte à la Caisse nationale de santé dans le cadre du tiers payant social, sans que la procédure de validation préalable par l'office social ne soit requise. Dans ce cas de figure, la Caisse nationale de santé verse au médecin-dentiste le montant facturé.

Dans le cadre des traitements médico-dentaires, la Caisse nationale de santé verse au prestataire pour compte de l'office social les frais résultant de la mise en compte d'une anesthésie locale ou régionale lors de la mise en compte des actes DS14 à DS16 et DS18 et DS19 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, alors même que les conditions statutaires requises pour la prise en charge de cette anesthésie par l'assurance maladie ne sont pas remplies.

(3) Les suppléments d'honoraires pour convenance personnelle prévus à l'article 50 alinéa 2 points 1 à 7 de la présente convention sont exclus de la procédure du tiers payant social.

(4) Pour les traitements médico-dentaires dispensés sur base d'un devis préalable à un bénéficiaire du tiers payant social, le médecin-dentiste munit le devis d'une étiquette et le remet à la personne protégée aux fins de transmission à l'organisme compétent. Dans le cadre du tiers payant social, l'organisme compétent, au-delà de la procédure prévue au cahier des charges prévu à l'article 18 de la présente convention, envoie une copie du devis avisé par le contrôle médical de la sécurité sociale à l'office social et au médecin-dentiste, tout en informant le prestataire qu'une copie du devis a été transmise à l'office social compétent.

### **7° Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.**

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

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 18 décembre 2012.

*Pour l'Association des médecins  
et médecins-dentistes*

**Dr Jean Uhrig**  
Président

*Pour l'Association  
des médecins-dentistes*

**Dr Nico Diederich**  
Président

*Pour la Caisse nationale  
de santé*

**M. Paul Schmit**  
Président

**Amendement au cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, la caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention modifiée du 13 décembre 1993 liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé.**

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 1<sup>er</sup> prend la teneur suivante:

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les documents visés par le présent cahier des charges sont les suivants:

- a) les feuilles d'ordonnance médicales
- b) les formules de mémoires d'honoraires des médecins et médecins-dentistes

- c) les certificats d'incapacité de travail, de maternité et d'allaitement
- d) les formules de devis pour prothèses dentaires
- e) les formules de devis pour traitement d'orthodontie
- f) les déclarations d'admission et de sortie à un traitement hospitalier stationnaire
- g) les relevés à joindre aux mémoires d'honoraires en cas d'application du système du tiers payant
- h) les spécimens de l'attestation et de l'étiquette de prise en charge directe selon l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale
- i) les ordonnances spéciales pour aides visuelles
- j) les modèles de rapport et la feuille de présence de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

**Article II.** L'article 20 prend la teneur suivante:

**Mémoires d'honoraires soumis à la prise en charge dans le cadre du tiers payant et du tiers payant social**

**Art. 20.** Les mémoires d'honoraires pour lesquels il est demandé l'application du tiers payant sont soumis à la Caisse nationale de santé par le médecin ou le médecin-dentiste conformément à l'article 61 de la convention, ensemble avec un relevé récapitulatif (Annexe «O»). Par dérogation, les mémoires d'honoraires munis de l'étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, étiquette dont le spécimen figure à l'annexe Q du présent cahier des charges sont transmis au service «Tiers payant social» de la Caisse nationale de santé par le prestataire conformément aux articles 61 et 67bis de la convention sans relevé récapitulatif.

Le relevé récapitulatif éventuel peut être généré par un système informatique. Dans ce cas, la page de couverture indique les nom et prénom ainsi que le code du médecin, du médecin-dentiste ou de l'association, le nombre de mémoires d'honoraires distincts contenus dans l'envoi ainsi que le montant total des honoraires demandés.

Pour chaque mémoire contenu dans l'envoi, le relevé éventuel contient un numéro d'ordre, le nom et le matricule du patient ainsi que le montant réclamé. Il n'est pas nécessaire que le numéro d'ordre soit repris sur les mémoires d'honoraires joints à l'envoi.

Les mêmes modalités sont appliquées dans le cas de l'action directe prévue à l'article 67 de la convention. Toutefois les honoraires réclamés dans le cadre de l'action directe sont inscrits sur un relevé distinct, identique à celui prévu par les dispositions ci-dessus.

Dans le cadre de la prise en charge des honoraires par remboursement à la personne protégée, l'assurance maladie ne saisit dans son système informatique que les montants pour lesquels quittance a été délivrée.

**Article III.** Il est inséré un article 29bis qui prend la teneur suivante:

**Dispositions particulières pour les traitements médico-dentaires dispensés aux bénéficiaires du Tiers payant social**

**Art. 29bis.** Lorsque le médecin-dentiste émet un devis pour un traitement médico-dentaire à un bénéficiaire du tiers payant social, il appose sur le devis une étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, étiquette dont le spécimen figure à l'annexe Q du présent cahier des charges sur le devis.

L'institution compétente, après avoir avisé un devis muni d'une étiquette attestant le bénéfice du tiers payant social, le transmet à l'assuré et transmet une copie à l'office social et au médecin-dentiste.

Le traitement en question ne peut être effectué par le médecin-dentiste dans le cadre de la procédure du tiers payant social que sur présentation par la personne protégée de l'original du devis muni, le cas échéant, de l'accord de l'institution compétente et de la validation de l'office social.

**Article IV.** Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Fait à Luxembourg, le 18 décembre 2012, en deux exemplaires.

*Pour l'Association des médecins  
et médecins-dentistes*

**Dr Jean Uhrig**  
Président

**Dr Claude Schummer**  
Secrétaire général

*Pour la Caisse nationale  
de santé*

**M. Paul Schmit**  
Président

**Les dispositions ci-dessus, avec leurs annexes, valent convention distincte au sens de l'article 61, alinéa 2 du code de la sécurité sociale pour les médecins-dentistes.**

Fait à Luxembourg, le 18 décembre 2012, en deux exemplaires.

*Pour l'Association des médecins  
et médecins-dentistes*

**Dr Jean Uhrig**  
Président

*Pour l'Association  
des médecins-dentistes*

**Dr Nico Diederich**  
Président

*Pour la Caisse nationale  
de santé*

**M. Paul Schmit**  
Président

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DIRECTE**  
**( selon Article 24 alinéa 2 CSS )**

Office social compétent :

[Désignation OS]

[Adresse OS]

[Localité OS ]

Par la présente, le/la soussigné(e) atteste l'état de besoin, constaté à partir du

\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(date début) (date fin)

du bénéficiaire.

\_\_\_\_\_ (nom et prénom du bénéficiaire)

Année	Mois	Jour	N°Ctr
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(matricule)			


Cette attestation est établie en vue de l'obtention de la prise en charge directe des prestations de soins de santé par la Caisse nationale de santé suivant les dispositions légales et conventionnelles en vigueur. Elle est établie nominativement.

L'attestation est à présenter au prestataire lors de chaque sollicitation d'actes et services médicaux et médico-dentaires en application des dispositions de l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. À cette occasion, le bénéficiaire remet une étiquette que le prestataire appose sur son mémoire d'honoraires ou devis en vérifiant la conformité avec l'attestation.

Date d'établissement de l'attestation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cachet de l'office social et signature

**Spécimen d'étiquette attestant le bénéfice à la prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires en vertu de l'article 24 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale**

	Désignation de l'Office Social émetteur
	Numéro d'identification

Prise en charge directe des actes et services médicaux et médico-dentaires (Art 24 al.2 CSS)

Personne bénéficiaire :

matricule
Nom et prénom du bénéficiaire
Période de validité : du _____ au _____

**Amendement au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, adopté par la neuvième Réunion des Parties, à Montréal, le 17 septembre 1997. – Ratification du Nicaragua.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies qu'en date du 7 novembre 2012 le Nicaragua a ratifié l'Acte désigné ci-dessus, qui est entré en vigueur à l'égard de cet Etat le 5 février 2013.

**Amendement au Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, conclu à Beijing, le 3 décembre 1999. – Ratification du Nicaragua.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies qu'en date du 7 novembre 2012 le Nicaragua a ratifié l'Acte désigné ci-dessus, qui est entré en vigueur à l'égard de cet Etat le 5 février 2013.

**Accord international de 2006 sur les bois tropicaux, fait à Genève, le 27 janvier 2006. – Adhésion du Mozambique et de Trinité-et-Tobago.**

Il résulte de plusieurs notifications du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies qu'en date du 5 novembre 2012 le Mozambique et Trinité-et-Tobago ont adhéré à l'Accord désigné ci-dessus, qui est entré en vigueur à l'égard de ces Etats le 5 novembre 2012.

(Les déclarations et réserves faites par les Etats Contractants peuvent être consultées au Service des Traités du Ministère des Affaires étrangères.)

- **Convention relative aux droits des personnes handicapées, faite à New York, le 13 décembre 2006. – Adhésion d'Afghanistan.**
- **Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées relatif au Comité des droits des personnes handicapées, fait à New York, le 13 décembre 2006. – Adhésion d'Afghanistan.**

Il résulte de différentes notifications du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies

- qu'en date du 18 septembre 2012 l'Afghanistan a adhéré à la Convention désignée ci-dessus, qui est entrée en vigueur à l'égard de cet Etat le 18 octobre 2012;
- qu'en date du 18 septembre 2012 l'Afghanistan a adhéré au Protocole désigné ci-dessus, qui est entré en vigueur à l'égard de cet Etat le 18 octobre 2012.

**Accord international sur le cacao, fait à Genève, le 25 juin 2010. – Ratification de l'Indonésie.**

Il résulte d'une notification du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies qu'en date du 13 novembre 2012 l'Indonésie a ratifié l'Accord désigné ci-dessus, qui est entré en vigueur provisoirement pour cet Etat le 13 novembre 2012.