

Association nationale des infirmiers luxembourgeois

Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre l'association nationale des infirmiers luxembourgeois et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 10 de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association nationale des infirmiers luxembourgeois et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes et l'union des caisses de maladie.

(Mémorial B-2001-030, p. 634, modifié par Mémorial A-2001-169 du 31.12.2001, p. 3759)

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

Vu l'article 10 de la convention du 13 décembre 1993 (nommée par la suite «la convention»), les parties soussignées, à savoir :

1. 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 son président, Monsieur Jean-Paul BLESER déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéas 1 et 2 du code des assurances sociales,

2. La confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, représentée par sa présidente, Madame le Dr Carine FEDERSPIEL et son secrétaire, Monsieur Erny GILLEN, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéas 1 et 2 du code des assurances sociales,

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:

suit: cahier des charges

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

Fait à Luxembourg, le 24 janvier 2001

Pour l'association nationale des infirmiers luxembourgeois, le président: J-P. BLESER.

Pour la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, la présidente: Dr C. FEDERSPIEL, le secrétaire: E. GILLEN.

Pour l'union des caisses de maladie, le président: R. Kieffer

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.

1) IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE					2) CODE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE 30 0000 – 00			
3) MATRICULE NOM PRENOM DU PATIENT			4) NOM PRENOM RUE PAYS CODE POSTAL LOCALITE					
5)DATE ACCIDENT 6)N° ACCIDENT								
7)MEMOIRE D'HONORAIRES N° 00000000000000 8)DU 00 00 0000								
9) NUM TITRE	10) PRESTATION	11) DATE	12) NOMBRE	13) BRUT	14) NET	15) HEURE	16) P.PERS.	17) EXECUTANT
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
				18)SOUS- TOTAL:				
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
				19)SOUS- TOTAL:				
				20)TOTAL:				

☐ 21) Paiement direct

☐ 22) Tiers payant

23) Montant pris en charge par la personne protégée :

24) Pour acquit, le

25) Signature et cachet

26) coordonnées bancaires (données de la case 1)

27) La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92 art 28-1(5) est appliquée

- 1) Identification du fournisseur de soins de santé: infirmier à titre de profession libérale, seul, nom de l'association exerçant dans le domaine libéral, nom de l'établissement pour les établissements qui n'ont pas de contrat d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance
Nom, prénom, rue, pays, code postal et localité du fournisseur de soins de santé
- 2) Code du fournisseur de soins de santé libellé sous 1)
- 3) Numéro matricule, nom et prénom de la personne protégée/patient
- 4) Nom, prénom, rue, pays, code postal et localité de la personne protégée, du représentant légal ou de l'organisme auquel la facture est adressée
- 5) Date accident: date de l'accident en relation avec l'assurance contre les accidents. A compléter uniquement si le numéro de l'accident n'est pas encore connu. Cette possibilité est limitée pour une durée maximale de deux ans. Pour toute prestation délivrée après ce délai (date prestation par rapport à la date accident) l'indication du numéro accident est obligatoire
- 6) N° accident: numéro de l'accident en relation avec l'assurance contre les accidents
 - UAAAA00000 pour l'assurance - accidents - section industrielle
 - LAAAA00000 pour l'assurance - accidents - section agricole et forestière
- 7) Mémoire d'honoraires: numéro (libre)
- 8) Date d'établissement du mémoire
- 9) Num.titre : numéro du titre de prise en charge
- 10) Prestation: code de la prestation d'après la nomenclature officielle
- 11) DATE: date de la prestation
- 12) NOMBRE: nombre de prestations (toujours 1)
- 13) BRUT: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des infirmiers sans calcul de la participation statutaire
- 14) NET: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des infirmiers diminué de la participation statutaire
- 15) HEURE: en cas de délivrance de plusieurs prestations par jour on utilise des heures fixes (et non l'heure effective) pour documenter qu'une prestation a été délivrée :
 - 08.00 : le matin
 - 12.00 : vers midi ou pendant l'après-midi
 - 20.00 : le soir
 - 22.00 : pendant la nuit
- 16) P.PERS. : montant de la participation personnelle à charge de la personne protégée
- 17) EXECUTANT: code de l'infirmier ayant délivré les actes et services d'infirmiers avec check - digit: 300000-00
- 18) + 19) SOUS-TOTAL : situations dans lesquelles il y a lieu de faire des sous-totaux : a) en cas de changement du prestataire ou b) pour un même prestataire lorsque le nombre d'actes dépasse 10 séances. Les sous-totaux ne peuvent pas être cumulatifs
- 20) TOTAL : somme des sous-totaux
- 21) Paiement direct : au cas où la personne protégée a fait l'avance complète des frais et donc a opté pour le système du remboursement par les caisses de maladie, le prestataire doit cocher cette case
- 22) Tiers payant : au cas où la personne protégée a invoqué le point 1 de l'article 25 de la convention entre l'union des caisses de maladie et l'ANIL et la COPAS et demande ainsi la prise en charge directe par l'union des caisses de maladie, le prestataire doit cocher cette case
- 23) Montant pris en charge par la personne protégée:
 - en cas de virement, ce montant est égal au total du montant brut
 - en cas d'application du système du tiers payant, ce montant est égal à la participation personnelle
- 24) Pour acquit, le: renseignement de la date de paiement par le prestataire en cas de paiement de la participation personnelle respectivement du montant brut par la personne protégée
- 25) Signature et cachet attestant le paiement ou l'établissement de la facture
- 26) Coordonnées bancaires : données du fournisseur de soins de santé. Cette inscription est obligatoire en cas de remboursement des actes et services par la caisse de maladie compétente, mais superfétatoire en cas d'application du système du tiers payant
- 27) Citation de texte légal.

RELEVÉ DES NOTES D'HONORAIRES DES ACTES ET SERVICES DES INFIRMIERS*
--

Identification du fournisseur de
soins de santé

réservé à l'union des caisses de maladie

Coordonnées bancaires :

Code :

--

Récapitulation des notes d'honoraires du chef de la fourniture de soins de santé dispensés aux personnes protégées relevant de l'assurance maladie / assurance accidents ou de l'assurance dépendance.

Pendant la période du:

au:

Nombre des mémoires d'honoraires ou
d'enregistrements du support informatique:

--

Montant total des honoraires à charge de
l'organisme assureur (montant net cf. zone 14) du
mém. d'honoraires):

--

Certifié sincère et véritable, mais non encore acquitté: _____, le _____

Signature

☐ Transmission informatique des données dans le cadre du tiers payant

☐ Transmission manuscrite des données dans le cadre du tiers payant

* Cette page est à joindre soit aux mémoires d'honoraires soit à la disquette en cas d'application du système du tiers payant.

(EXTRAIT DE LA CONVENTION)

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 dûment établis conformément à l'article 11, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, des accords préalables exigés par les statuts.

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 prévisé, 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 dus.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires et frais de déplacement 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.

Remarques relatives à la transmission sur support informatique

1. En cas d'utilisation d'un support informatique, les ordonnances, titres de prise en charge et relevés sont présentés dans le même ordre que sur le fichier informatique.
2. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

Remarques relatives à la transmission manuscrite

1. Chaque mémoire d'honoraires doit obligatoirement porter le numéro matricule du patient pour être opposable à l'assurance maladie.
2. Pour l'inscription des notes d'honoraires il ne sera utilisé qu'une seule ligne du relevé.
3. Les notes d'honoraires, accompagnées des ordonnances ou copie des ordonnances ainsi que des titres de prise en charge ou copie des titres afférents sont à présenter dans l'ordre de leur inscription sur le relevé.
4. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

No d'ordre	Note no*	Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
		à reporter		

* inscription facultative

No d'ordre	Note no*	Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
1		Report.....		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
		à reporter		

* inscription facultative

TRANSMISSION SUR SUPPORT INFORMATIQUE DANS LE CADRE DU TIERS PAYANT

Supports acceptés:

Soit des disquettes de 3 ½ pouces, formatées MSDOS version supérieure à 3.1, soit des cassettes QIC 24 de (150 ou 525 MB) format UNIX tar. Les données sont encodées en ASCII. Le fichier a une longueur d'enregistrement fixe de 142 octets. Chaque enregistrement est terminé par un carriage - return et un line - feed. Le nom du fichier est « I » suivi de la troisième jusqu'à la sixième position incluse du code fournisseur, suivi d'un point et suivi du numéro de la disquette sur une position. Le fichier ne doit ni être comprimé, ni être écrit à l'aide du logiciel BACKUP de l'MSDOS ou d'un programme similaire. Les zones numériques sont ajustées à droite avec les zéros non significatifs présents. Ces zéros non significatifs peuvent être remplacés par des blancs. Les zones alphanumériques ou alphabétiques sont ajustées à gauche. En cas de connexion du fournisseur sur une ligne ISDN ou ultérieurement sur Healthnet, le fichier pourra être transféré à l'aide du programme FTP.

Layout du fichier:

Position	Nbr. de bytes	Alpha-bétique ou numérique	Libellé
1	1	N	Version du layout (1)
2 – 9	8	N	Date du décompte sous forme AAAAMMJJ
10	1	A	Organisme payeur : U = UCM
11 – 16	6	N	Code du fournisseur de soins de santé
17 – 27	11	N	Matricule du patient AAAAMMJJ000
28 – 37	10	A/N	Numéro de l'accident (UAAAA00000) ou (LAAAA00000), si la prestation est à charge de l'assurance contre les accidents
38 – 52	15	A/N	Numéro facture (= facultatif)
53 – 60	8	N	Date ordonnance (AAAAMMJJ)
61 – 68	8	N	Date validité de l'ordonnance(AAAAMMJJ)
69 – 74	6	N	Code du médecin prescripteur
75 – 80	6	N	Code de l'infirmier prestataire
81 – 90	10	A/N	Code de la prestation
91 – 98	8	N	Date de la prestation (AAAAMMJJ) (jour effectif de la prestation)
99 – 106	8	N	Date fin de la prestation (AAAAMMJJ)
107 - 110	4	N	Heure début de la prestation sous forme de HHMM Cette zone est à compléter au cas où le nombre de séances par jour > 1, respectivement en présence d'une majoration d'un acte (p.ex.: nuit, etc.). Il y a lieu d'indiquer l'heure effective du début de la prestation
111 – 114	4	N	Heure fin de la prestation sous forme
115 – 117	3	N	Nombre de fois que la position de la nomenclature a été exécutée. Pour les actes et services des infirmiers le nombre est toujours 1
118 – 124	7	N	Montant de la prestation sans déduction de la participation (Brut)
125 – 126	2	N	Décimales du montant brut
127 – 133	7	N	Montant de la prestation après déduction de la participation (montant à charge de l'UCM) (Net)
134 – 135	2	N	Décimales du montant net
136 – 139	4	N	Numéro du titre de prise en charge (actuellement désemploi)
140 – 142	3	N	Code du refus de la prestation (donnée chargée par l'UCM en cas de retour du fichier)
143-145	3	A	Code de la devise EUR ou LUF

Ordonnances/Titres de prise en charge:

Le fichier est accompagné des ordonnances, des titres de prise en charge respectifs et des décomptes récapitulant les notes d'honoraires. Ils sont à présenter dans l'ordre des enregistrements du fichier informatique.

Relevé des notes d'honoraires :

Le relevé est présenté en double exemplaire, dont un est retourné au prestataire de soins lors de la liquidation et renseigne sur les redressements de factures. Il doit renseigner sur le numéro matricule, le nom et prénom de la personne protégée, le numéro du titre de prise en charge, le numéro de la facture, le montant net par facture.

Remarques générales :

Les encadrements des zones 1) - 8) des mémoires d'honoraires sont tout à fait facultatifs. Ils ne servent qu'à documenter la délimitation des différentes inscriptions.

En cas d'application du système du tiers payant avec participation statutaire, l'infirmier doit établir deux factures. Il y a lieu de préciser qu'il ne pourra établir qu'une facture originale qui est destinée à l'union des caisses de maladie et que le patient recevra la copie.

L'enregistrement des actes se fait ligne par ligne.

En présence d'un même prestataire mais au cas où le nombre d'actes >10 et en cas de changement de prestataire, il est nécessaire de faire un sous-total. Il s'ensuit que ces factures ne peuvent avoir une suite chronologique.