MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg

MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 266 **21 décembre 2016**

Sommaire

Convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale . . . page 4688

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les masseurs-kinésithérapeutes, 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 17 de la convention du 23 novembre 2016 conclue entre l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes et la Caisse nationale de santé 4700

Amendement du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé), les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé) telle qu'elle a été modifiée 4716

Convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

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

les parties soussignées, à savoir:

l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes («ci-après l'ALK») agissant comme groupement professionnel représentatif des masseurs-kinésithérapeutes établis au Luxembourg, représentée par son président, Monsieur Jean-Louis FATTORI et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé («ci-après la CNS»), prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son Comité directeur, Monsieur Paul SCHMIT,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Prestataires de soins

Art. 1er. La présente convention s'applique aux professionnels de santé suivants:

1° aux masseurs-kinésithérapeutes, exerçant leur profession à titre libéral;

2° aux masseurs-kinésithérapeutes salariés

a. dans les établissements d'aides et de soins visés aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale,

b. dans les réseaux d'aides et de soins visés à l'article 389 du Code de la sécurité sociale.

à condition

- que le masseur-kinésithérapeute dispose d'une autorisation d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute au Grand-Duché de Luxembourg établie par le Ministre ayant la Santé dans ses attributions, et
- que les prestations soient dispensées par le masseur-kinésithérapeute 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 et services prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, et
- que les prestations soient susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du Code de la sécurité sociale ou en vertu des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié, et
- pour le masseur-kinésithérapeute salarié d'un établissement d'aides et de soins visé à l'article 390 ou 391 du Code de la sécurité sociale, (alinéa 1 point 2° a. du présent article), que les prestations délivrées dans le cadre de la présente convention soient dispensées à des personnes hébergées dans l'établissement dont le masseur-kinésithérapeute est salarié, et
- pour le masseur-kinésithérapeute, salarié d'un réseau d'aides et de soins visé à l'article 389 du Code de la sécurité sociale (alinéa 1 sous 2°b. du présent article), que les prestations soient dispensées, soit au domicile de la personne protégée, soit dans un centre semi-stationnaire au sens de l'article 389, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale et à une personne protégée bénéficiant à la date de la prestation de la prise en charge par l'assurance dépendance d'actes essentiels de la vie sous forme de prestations en nature.

Attribution d'un code prestataire

Art. 2.

1° Attribution d'un code individuel d'un prestataire libéral

Avant de dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie ou de l'assurance accident, le masseur-kinésithérapeute doit disposer d'un code prestataire individuel qui lui est accordé par la CNS. A cet effet, le masseur-kinésithérapeute transmet à la CNS le formulaire de demande de code, intitulé «Fiche de renseignement sur l'établissement au Luxembourg» qui lui est mis à disposition par la CNS, dûment rempli, signé et accompagné des documents suivants:

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

Le formulaire de demande de code comporte obligatoirement indication de l'adresse géographique exacte où le masseur-kinésithérapeute compte établir son cabinet en vue d'y exercer son activité, ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, bancaires et son adresse courriel.

Le prestataire qui exerce la profession de masseur-kinésithérapeute à titre de profession libérale et qui exerce en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit doit déposer auprès de la CNS une déclaration de son employeur renseignant sur les missions exactes incombant au masseur-kinésithérapeute dans le cadre de son emploi salarié et que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à son contrat d'emploi.

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

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

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

3° Attribution d'un code commun d'une association salariale

Avant de dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie ou de l'assurance accident, l'établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale ou le réseau d'aides et de soins visé à l'article 389 du Code de la sécurité sociale, doit se faire attribuer un code prestataire association salariale. A cette fin l'établissement respectivement le réseau transmet à la CNS le formulaire «Pratique de la kinésithérapie en association salariale» en indiquant la relation bancaire, la date du début de l'activité en association ainsi que leur adresse d'établissement. Ce formulaire contient une liste des salariés qui font partie de l'association et reprend le nom, prénom et le code individuel de chaque salarié. En cas d'absence d'un tel code individuel, la demande doit être accompagnée des documents suivants:

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

Ce formulaire doit être signé par une personne du réseau respectivement de l'établissement dûment mandatée. Un code prestataire est attribué à chaque salarié.

4° Dispositions générales

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

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

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

Le code prestataire doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 17 de la présente convention.

Liberté d'installation

Art. 3. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute au Grand-Duché de Luxembourg, la CNS reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit d'installer son adresse professionnelle librement dans tout le pays, sous réserve de ce qui suit:

Sans préjudice des formalités à accomplir en vertu de l'article 2 de la présente convention et de l'obligation de disposer d'un cabinet de kinésithérapie conforme à l'article 10 de la présente convention à chaque adresse géographique professionnelle, le masseur-kinésithérapeute peut s'installer à titre individuel ou en association. Est considéré comme une association libérale au sens de la présente convention un regroupement de masseurs-kinésithérapeutes à la même adresse géographique professionnelle avec mise en commun obligatoire des honoraires.

Un masseur-kinésithérapeute ne peut être associé dans plus d'une association lorsqu'il exerce parallèlement à titre individuel, ou dans plus de deux associations lorsqu'il exerce uniquement en association. Un masseur-kinésithérapeute ne peut avoir plus de deux adresses géographiques professionnelles distinctes.

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

Il est interdit à un masseur-kinésithérapeute de délivrer les prestations de kinésithérapie à charge de l'assurance maladie dans l'enceinte d'une structure à visée commerciale.

Le masseur-kinésithérapeute salarié visé sous le point 2° a. de l'article 1er s'engage à ne dispenser dans le cadre de la présente convention que des prestations de kinésithérapie sur des personnes hébergées dans l'établissement d'aides et de soins dont le masseur-kinésithérapeute est salarié.

Le masseur-kinésithérapeute salarié visé sous le point 2° b. de l'article 1er s'engage à ne dispenser dans le cadre de la présente convention que les prestations de kinésithérapie au domicile de la personne protégée ou dans un centre semi-stationnaire au sens de l'article 389, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale et sur une personne protégée bénéficiant à la date de la prestation de la prise en charge par l'assurance dépendance d'actes essentiels de la vie sous forme de prestations en nature.

Personnes protégées

Art. 4. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la sécurité sociale par une des caisses énumérées à l'article 44 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle en vertu du livre II du Code de la sécurité sociale.

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

Identification des personnes protégées

Art. 5. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation:

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

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

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

Carte d'assuré

Art. 6. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, une carte d'assuré personnelle.

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

Libre choix

Art. 7. La CNS garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 8 ci-après.

Art. 8. Le fait par la personne protégée de s'adresser à un cabinet de prestataires exerçant leur profession en association libérale comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

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

Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un établissement hospitalier ou dans le cadre des soins palliatifs extrahospitaliers n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Normes de qualité – infrastructure

Art. 9. Les parties signataires de la convention s'accordent sur l'obligation des masseurs-kinésithérapeutes de disposer d'un cabinet professionnel de kinésithérapie.

Ce cabinet de kinésithérapie est installé dans un local à usage exclusivement professionnel qui est distinct de tout local commercial ou à usage d'habitation.

Ce cabinet comporte obligatoirement au minimum:

- une salle d'attente;
- une salle de soins de kinésithérapie par personne traitée pendant un créneau horaire déterminé et séparée de la salle d'attente;
- un accès aux personnes à mobilité réduite.

Chaque salle de soins de kinésithérapie est d'une surface d'au minimum de 7 m^2. Elle est conçue de façon à permettre la prise en charge de la personne dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel ce afin de respecter le secret professionnel et l'intimité de la personne protégée. Les locaux sont équipés du matériel répondant aux normes

de sécurité et d'efficacité et permettant d'exécuter dans leur intégralité toutes les prescriptions médicales qui seront acceptées par le masseur-kinésithérapeute.

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

- la photo de chaque collaborateur avec l'indication de son nom et de sa fonction dans le cabinet;
- les tarifs des prestations;
- les taux de prise en charge;
- les modalités de facturation des prestations;
- les indemnités prévues à l'article 28 de la présente convention et les tarifs de ces indemnités.

Chaque collaborateur travaillant dans le cabinet doit être facilement identifiable par les personnes protégées.

Normes de qualité – prise en charge

Art. 10. Les parties conviennent de s'engager dans une démarche qualité qui, au-delà des normes cabinet, vise les éléments suivants:

– **Le dossier du patient**

Le dossier du patient en kinésithérapie représente un support indispensable des informations pertinentes à la délivrance de prestations de bonne qualité. Le dossier permet d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles.
Tout masseur-kinésithérapeute doit instaurer pour chaque personne protégée un dossier et doit le tenir à jour.

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

– diagnostic médical;
– pathologie(s) nécessitant la prise en charge masso-kinésithérapique;
– antécédents médicaux;
– comptes rendus d'examens (imagerie, explorations fonctionnelles, etc.);
– rapports opératoires;
– traitement(s) actuel(s);
– prescription médicale;
– médecin prescripteur;
– diagnostic kinésithérapique sur base de l'examen masso-kinésithérapique comportant:
  - l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur …);
  - l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle, …) justifiant le choix des actes et des techniques les plus appropriées et le rythme des séances;
– la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement;
– les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial;
– les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à la personne protégée;
– les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention, …);
– le compte rendu de fin de traitement comportant:
  - les objectifs définis avec la personne protégée;
  - le protocole thérapeutique;
  - le résultat;
  - la conclusion.

– **Continuité de soins**

A la demande de la personne protégée et dans la mesure du possible une série de séances prescrites est délivrée par le même masseur-kinésithérapeute exécutant.

– **Exclusivité de la prise en charge**

Les prestations délivrées par le masseur-kinésithérapeute à charge de l'assurance maladie sont des prestations individuelles. Pendant une plage horaire déterminée le masseur-kinésithérapeute ne soigne qu'une seule personne. Les traitements parallèles de plusieurs personnes et les traitements en groupe ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

– **Durée minimale de l'apport personnel du kinésithérapeute**

Une prestation ne peut être mise en compte à l'assurance maladie que si la durée minimale consacrée personnellement et exclusivement par le masseur-kinésithérapeute au traitement de la personne protégée est de vingt (20) minutes. (par période continue ou fractionnée).

– **Nombre limite de prestations par jour**

Pendant une période de référence de quatre-vingt-dix (90) jours d'activité effective, un masseur-kinésithérapeute ne peut en tant qu'exécutant prester à charge de l'assurance maladie plus de trente (30) prestations en moyenne par jour. On entend par prestation un acte de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes. Ne sont pas pris en compte au titre de prestations les frais de déplacement.

Délais d'attente

Art. 11. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de commencer la dispensation des soins dans le délai prévu par les statuts ou celui indiqué par le médecin, il en informe la personne protégée.

Déontologie professionnelle

Art. 12. Dans ses relations avec les personnes protégées, le masseur-kinésithérapeute se conforme aux règles déontologiques qui lui sont imposées par les lois et règlements régissant sa profession, et par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Le secret professionnel s'impose à tout masseur-kinésithérapeute. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

Le masseur-kinésithérapeute s'interdit de mettre en compte de l'assurance maladie:

– des prestations à caractère purement esthétique ou de confort;
– des prestations d'hygiène individuelle tels gymnastique d'entretien, fitness, sauna;
– des prestations d'accompagnement ou de préparation de toute activité sportive.

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

Le masseur-kinésithérapeute s'interdit de procurer à la personne protégée ou d'inciter la personne protégée de se procurer des prescriptions de soins de kinésithérapie qui dépassent l'utile et le nécessaire.

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

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

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

Information préalable de la personne protégée

Art. 13. Avant le début du traitement le masseur-kinésithérapeute informe la personne protégée sur le coût des prestations, le taux de prise en charge par l'assurance maladie, la part qui est à sa charge personnelle et les modalités de prise en charge. En cas de litige la preuve que cette information a été fournie incombe au masseur-kinésithérapeute.

Respect de la nomenclature

Art. 14. Le masseur-kinésithérapeute est tenu de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdit de délivrer dans le cadre de l'assurance maladie des soins qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Le masseur-kinésithérapeute peut procéder à la dispensation de prestations de soins auxquelles il est autorisé par la législation réglant ses attributions professionnelles et qui ne sont pas à charge de l'assurance maladie, toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive par le prestataire à la non-opposabilité à l'assurance maladie, les aura expressément demandées. Dans ce cas, le masseur-kinésithérapeute informe la personne protégée avant le commencement du traitement, sur le montant des honoraires et le fait qu'ils sont à sa charge personnelle.

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

Formation continue

Art. 15. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie légale et réglementaire, le masseur-kinésithérapeute lié par la présente convention souscrit à l'entretien continu de ses 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.

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

Transmission et circulation des données

Art. 16. Les parties s'accordent sur la généralisation de la dématérialisation des documents et des flux de transmission et conviennent d'organiser la gestion, la transmission et la conservation des documents prévus dans le cadre de la présente convention de façon exclusivement numérique et électronique. La transmission sur support papier de documents entre les parties signataires de la présente convention est limitée aux documents pour lesquels la présente convention prévoit expressément la transmission sur support papier, aux situations découlant d'incidents techniques ou aux cas où la personne protégée a fait l'avance des frais.

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

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

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

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

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

A l'exception de l'ajout des données administratives strictement nécessaires au traitement des documents que sont l'identification et l'affiliation de la personne protégée, les parties garantissent que les documents numérisés transmis et archivés dans le cadre de la présente convention n'ont subi aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent et dont ils sont présumés être une copie fidèle.

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

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

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

Modalités techniques

Art. 17. Dans ses relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, le masseur-kinésithérapeute fait exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits dans le cahier des charges. Il s'engage à conformer ses processus et ses flux aux modalités prévues au niveau de la présente convention et du cahier des charges.

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

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

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

Le cahier des charges contient les spécifications techniques, les formats des fichiers ainsi qu'un glossaire des termes techniques à utiliser dans le cadre de la présente convention.

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

Conformité des prestations aux ordonnances médicales

Art. 18. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations délivrées par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre de la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale originale préalable.

Les prestations de kinésithérapie à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions figurant sur l'ordonnance médicale.

La fréquence d'application des séances est déterminée par le masseur-kinésithérapeute, sauf indication expresse du médecin prescripteur.

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

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

Lorsque le médecin prescripteur accepte la modification proposée de l'ordonnance, il procède conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue avec le corps médical, et le masseur-kinésithérapeute délivre le traitement conformément à la nouvelle ordonnance. La nouvelle ordonnance remplace intégralement l'ordonnance initiale qui est invalidée par le masseur-kinésithérapeute conformément à l'article 21 de la présente convention.

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

En cas d'interruption anticipée du traitement sur initiative du masseur-kinésithérapeute ou de la personne protégée, le masseur-kinésithérapeute rédige une fiche de synthèse qu'il transmet au médecin prescripteur. La fiche de synthèse résume le traitement réalisé.

Le masseur-kinésithérapeute transmet également une fiche de synthèse au médecin prescripteur sur demande de celui-ci ou lorsque le masseur-kinésithérapeute est d'avis qu'une prolongation du traitement est nécessaire.

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

Procédure de validation des ordonnances de kinésithérapie

Art. 19. Avant la délivrance des prestations à charge de l'assurance maladie le masseur-kinésithérapeute vérifie la conformité de l'ordonnance par rapport au modèle standardisé convenu entre la CNS et le corps médical.

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

Le masseur-kinésithérapeute saisit les informations figurant sur l'ordonnance et les enregistre dans un logiciel dont les modalités techniques sont prévues dans le cahier des charges prévus à l'article 17 de la présente convention. Le masseur-kinésithérapeute enregistre notamment:

- le prénom, le nom et le numéro d'identification de la personne protégée;
- la date accident ou le numéro accident;
- le code du médecin prescripteur;
- le nombre de séances prescrites;
- le code de la nomenclature se rapportant aux prestations prescrites;
- la date d'établissement de l'ordonnance;
- la date d'envoi des données;
- le type de traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante; bilan;
- en cas de pathologie lourde: le code de la pathologie (selon la liste statutaire)
- en cas de pathologie courante: la localisation anatomique (selon la liste statutaire)
- en cas de rééducation post-chirurgicale: la date de l'intervention.

Le masseur-kinésithérapeute enregistre l'ordonnance sous forme d'image numérisée. L'enregistrement des données saisies avec les images numérisées des ordonnances correspondantes est transmis à la CNS dans un délai de trente-et-un (31) jours à partir de la date de l'établissement de l'ordonnance. Les modalités techniques de l'enregistrement des données de l'ordonnance, de l'image numérisée et de la transmission à la CNS figurent dans le cahier des charges prévu à l'article 17 de la présente convention.

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

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

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

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

Lorsque la personne protégée présente au masseur-kinésithérapeute une ordonnance de kinésithérapie partiellement invalidée, le masseur-kinésithérapeute lui demande une copie du titre de prise en charge correspondant. Lorsque la personne protégée n'est pas en mesure de lui remettre ce document, le masseur-kinésithérapeute procède à la saisie des données conformément aux dispositions du présent article, afin d'obtenir auprès de la CNS le numéro du titre correspondant à l'ordonnance.

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

Détention et propriété de l'ordonnance de kinésithérapie

Art. 20. L'ordonnance de kinésithérapie est la propriété de la personne protégée.

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

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

A la fin du traitement le masseur-kinésithérapeute remet l'ordonnance de kinésithérapie originale invalidée à la personne protégée contre paiement de la part personnelle.

Invalidation des ordonnances de kinésithérapie

Art. 21. Après la délivrance de la dernière prestation d'une ordonnance de kinésithérapie le masseur-kinésithérapeute invalide l'ordonnance par l'apposition de la mention «PRESTATIONS DELIVREES» ainsi que la date de son apposition.

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

Lorsqu'une ordonnance de kinésithérapie est remplacée par le médecin prescripteur conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue avec le corps médical et l'article 18 de la présente convention, le masseur-kinésithérapeute invalide l'ordonnance originale initiale par l'apposition de la mention «ORDONNANCE ANNULEE ET REMPLACEE PAR ORDONNANCE du …».

Péremption des ordonnances de kinésithérapie

Art. 22. La durée de validité des ordonnances de kinésithérapie est régie par les dispositions de l'article 19 de la présente convention et des statuts de la CNS.

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

Mémoires d'honoraires

Art. 23. A la fin du traitement et indépendamment du mode de paiement le masseur-kinésithérapeute remet à la personne protégée un mémoire d'honoraires comprenant les honoraires facturés conformément aux dispositions prévues à la présente convention et au niveau du cahier des charges. Le masseur-kinésithérapeute remet à la personne protégée une copie du titre de prise en charge lorsque toutes les prestations prescrites sur l'ordonnance n'ont pas été délivrées, lorsque le titre de prise en charge a été remis au masseur-kinésithérapeute par la personne protégée et sur demande de la personne protégée.

Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues au cahier des charges prévu à l'article 17 doivent reproduire toutes les indications correspondant aux actes délivrés personnellement par le masseur-kinésithérapeute et facturés sur le mémoire d'honoraires.

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

- le numéro d'identification de la personne protégée;
- la date et le numéro d'accident;
- les prestations d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes;
- par prestation, le lieu où elle a été délivrée selon les modalités déterminées dans le cahier des charges;
- la date de chaque prestation;
- pour chaque acte, le code exécutant du masseur-kinésithérapeute ayant dispensé l'acte;
- le code de l'association au sein de laquelle la prestation a été délivrée, si le masseur-kinésithérapeute exécutant fait partie d'une association au sens de l'article 2 de la présente convention;
- le compte bancaire ou postal;
- le code prestataire du médecin prescripteur;
- la date d'établissement de l'ordonnance médicale;
- le numéro du titre de prise en charge;
- le taux de prise en charge;
- le cas échéant, les indemnités d'après le code officiel qui leur est attribué à l'article 28 de la présente convention.

Pour les actes dispensés à domicile, dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu, dans les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et dans les centres semi-stationnaires, le masseur-kinésithérapeute inscrit sur le mémoire d'honoraires également le nom et l'adresse de l'établissement ou de la structure où ont été effectués les soins.

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

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

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

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

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

Mode de paiement des prestations

Art. 24. D'une manière générale, les honoraires pour les prestations de kinésithérapie délivrées sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires.

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

1. à la demande de la personne protégée, sauf quand la personne protégée a personnellement demandé son titre de prise en charge auprès de la CNS;
2. les prestations délivrées aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'Association d'assurance accident;
3. les frais de déplacement prévus par la nomenclature des actes et services de kinésithérapie connexes aux prestations visées ci-dessus;
4. Les bilans prévus à la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

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

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

Art. 25. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire transmet à la CNS ses mémoires d'honoraires sous forme d'un fichier de facturation qui vaut relevé de mémoires d'honoraires. Les modalités d'établissement et de transmission à la CNS du fichier de facturation sont prévues dans le cahier des charges.

Parallèlement le masseur-kinésithérapeute remet à la personne protégée le mémoire d'honoraires tel que prévu à l'article 23, l'ordonnance originale invalidée et, le cas échéant, le titre de prise en charge.

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

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

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

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

Au plus tard le dernier jour du mois qui suit la date prévue à l'alinéa précédent la CNS procède au paiement des prestations non contestées. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal du masseur-kinésithérapeute ou le cas échéant de l'association.

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

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

Contestation des mémoires d'honoraires

Art. 26. Les mémoires d'honoraires contestés par la CNS avec l'indication des motifs de contestation sont retournés au masseur-kinésithérapeute dans les formes et selon les modalités déterminées par le cahier des charges.

Le paiement des montants des prestations contestées est provisoirement suspendu. Lorsque la contestation est susceptible d'impacter le paiement de l'ensemble des prestations résultant de l'exécution d'une même ordonnance, la suspension provisoire peut affecter toutes les prestations du mémoire d'honoraires issu de l'exécution de l'ordonnance de kinésithérapie.

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

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

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

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

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

Intérêts en cas de paiement tardif

Art. 27. Le paiement effectué conformément à l'article 25 est libératoire au sens des dispositions prévisées si la CNS établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du délai de paiement visé à l'article 25 de la présente convention.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal, tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi modifiée du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard pour les transactions entre un professionnel et un consommateur.

Les intérêts sont calculés sur le montant des prestations non contestées figurant dans le fichier de facturation de retour visé à l'article 25 et prennent cours le premier jour qui suit la date à laquelle le masseur-kinésithérapeute aurait dû pouvoir disposer des fonds de la CNS.

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 28. Les indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires ne peuvent être mises en compte que si le prestataire a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre dans les cas visés ci-dessous et que la personne protégée ait donné expressément son accord. En cas de litige la charge de la preuve de l'information par le masseur-kinésithérapeute et de l'accord de la personne protégée incombe au masseur-kinésithérapeute.

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

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

   L'indemnité ne peut dépasser celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué. Elle est facturée sous le code **ZCP1**.

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

   L'indemnité ne peut dépasser le coefficient de 0,5. Elle est facturée sous le code **ZCP2**.

3) Le fait que la personne protégée sollicite un traitement dans les 24 heures sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable.

   L'indemnité ne peut dépasser le coefficient de 0,5. Elle est facturée sous le code **ZCP3**.

   En aucun cas une indemnité peut être demandée pour une rééducation respiratoire délivrée en urgence.

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

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

Prestations au domicile de la personne protégée

Art. 29. En principe les soins sont donnés au cabinet du masseur-kinésithérapeute, sauf lorsque la personne protégée ne peut se déplacer en raison de son état de santé selon les indications figurant sur l'ordonnance médicale.

Fournitures matérielles

Art. 30. 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.

Echange d'informations

Art. 31. 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. 32. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de la CNS dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du Code de la sécurité sociale.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 33. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

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

Révision des tarifs

Art. 34. Sauf disposition légale contraire, la lettre-clé des actes et services professionnels prévus par la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes est revalorisée d'après les conditions et les modalités prévues dans le Code de la sécurité sociale.

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

Relevé récapitulatif

Art. 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 de chaque prestataire sur demande.

Non-respect des dispositions juridiques

Art. 36. Sans préjudice d'autres actions prévues par les lois et règlements, la CNS a le droit de saisir la Commission de surveillance conformément aux articles 72 et suivants du Code de la sécurité sociale lorsqu'un masseur-kinésithérapeute ne respecte pas les dispositions légales, règlementaires et conventionnelles.

Intervention forfaitaire annuelle

Art. 37. La CNS accorde un forfait annuel pour frais informatiques à chaque cabinet libéral de kinésithérapie qui participe à la démarche de dématérialisation et d'échange électronique des documents. Le paiement du forfait se fait selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous.

Le paiement du forfait doit être demandé par le masseur-kinésithérapeute sur base du formulaire spécial prévu au cahier des charges visé à l'article 17 de la présente convention et ce au plus tard le 31 mars de l'année qui suit la fin de la période de référence déterminée conformément à l'alinéa suivant.

Le droit au paiement du forfait est conditionné par une activité moyenne par kinésithérapeute au sein du cabinet de kinésithérapie d'au moins deux mille (2.000) prestations opposables à l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et effectuées au cours d'une période de référence continue de trois-cent-soixante-cinq (365) jours prenant fin le 31 décembre de l'année qui précède la date de demande prévue à l'alinéa précédent.

Le forfait est échelonné en fonction du nombre de masseurs-kinésithérapeutes travaillant au cabinet de kinésithérapie:

- à partir de 1 masseur-kinésithérapeute: 1.200 euros
- à partir de 2 masseurs-kinésithérapeutes: 1.400 euros
- à partir de 3 masseurs-kinésithérapeutes: 1.600 euros
- à partir de 4 masseurs-kinésithérapeutes: 1.800 euros
- à partir de 5 masseurs-kinésithérapeutes: 2.000 euros.

Pour la détermination du nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans un cabinet de kinésithérapie, la moyenne des masseurs-kinésithérapeutes inscrits au cours de la période de référence prévue à l'alinéa 3 à l'adresse du cabinet de kinésithérapie auprès de la CNS est prise en considération.

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

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

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

Mise en vigueur de la convention

Art. 38. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 2017 et s'applique pour toute prestation délivrée après le 1er janvier 2017, sous réserve de ce qui est prévu à l'article 39 de la présente convention et au niveau des dispositions transitoires du cahier des charges.

Elle annule et remplace la convention conclue en date du 13 décembre 1993 entre l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes et l'Union des caisses de maladie telle qu'elle a été amendée.

Dispositions transitoires

Art. 39. 1° Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, notamment en matière de prescriptions des prestations de kinésithérapie, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur.

2° Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 2017, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 2016 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

3° Les dispositions prévues à l'article 9 s'appliquent pour tout masseur-kinésithérapeute à partir du 1er juillet 2017.

4° Le masseur-kinésithérapeute qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, exerce sa profession sous le régime de salarié d'un masseur-kinésithérapeute ou auprès d'une personne morale non visée à l'article 1 sous 2°, et qui, dans le cadre de cette activité délivre des prestations de kinésithérapie dans le cadre de la nomenclature des actes et services prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale et à charge de l'assurance maladie, est tenu de s'installer à titre de profession libérale avant le 1er janvier 2019.

A partir du 1er janvier 2017, le masseur-kinésithérapeute délivrant des prestations de kinésithérapie dans le cadre de la présente convention ne peut plus ni engager un masseur-kinésithérapeute sous le régime de salarié, ni se faire engager sous le régime de salarié auprès d'un autre masseur-kinésithérapeute ou auprès d'une personne morale non visée à l'article 1er sous 2°.

5° En 2017, le forfait annuel pour frais informatiques est accordé sur demande à tout cabinet de kinésithérapie qui participe à la démarche de dématérialisation et d'échange électronique des documents indépendamment du nombre de prestations effectuées.

6° Pour 2017 et 2018, le montant du forfait annuel pour frais informatiques prévu à l'article 37 est majoré de 50%.

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

Fait à Luxembourg, le 23 novembre 2016, en deux exemplaires.

Pour l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes
Le Président,
Jean-Louis Fattori

Pour la Caisse nationale de santé
Le Président,
Paul Schmit

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les masseurs-kinésithérapeutes, 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 17 de la convention du 23 novembre 2016 conclue entre l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes et la Caisse nationale de santé.

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

vu l'article 17 de la convention du 23 novembre 2016 (nommée par la suite «la convention»),

les parties soussignées, à savoir:

L'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes, ci-après nommée «ALK», agissant au titre de groupement professionnel représentatif des masseurs-kinésithérapeutes, établis au Luxembourg, représentée par son président, Monsieur Jean-Louis FATTORI, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé, ci-après nommé «CNS», 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 ce qui suit:

I. Généralités

Inventaire des annexes

Art. 1er. Les documents visés par le présent cahier des charges sont les suivants:
- Glossaire (Annexe 01)
- Standards techniques et formats à utiliser (Annexe 02)
- Détails du fichier de demande d'autorisation - DEMAUT (Annexe 03-1)
- Détails du fichier de retour d'autorisation - RETAUT (Annexe 03-2)
- Détails du fichier de demande décompte - FAC (Annexe 04-1)
- Détails du fichier de retour traitement décompte - RETFAC (Annexe 04-2)
- Titre de prise en charge (Annexe 05)
- Mémoire d'honoraires (Annexe 06)
- Formulaire de demande pour le forfait annuel pour frais informatiques (Annexe 07)
- Catégories de lieu de prestation (Annexe 08)

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

A l'annexe 01 du cahier des charges, qui fait partie intégrante de la convention conclue entre l'ALK et la CNS, un glossaire explique les termes et expressions utilisés dans le cadre des échanges électroniques entre les parties liées par la présente convention.

II. Transmission des données par voie électronique

Mise en œuvre de la transmission par voie électronique de données

Art. 2. Pour effectuer la transmission par voie électronique, un raccordement à un réseau ou une plate-forme d'échange déterminé par la CNS est nécessaire. La technologie à utiliser est définie dans l'annexe 02.

Art. 3. Le masseur-kinésithérapeute s'engage à se doter des moyens de communication suffisants et à suivre la procédure publiée sur le site Internet de la CNS pour accéder au transfert par voie électronique de données structurées et normalisées, de système informatique à système informatique.

Art. 4. La CNS communique au masseur-kinésithérapeute la décision d'accord ou de refus du droit d'accès à la transmission par voie électronique et le cas échéant lui fait part des motifs de refus. En cas d'accord, le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) lui communique son code et son mot de passe pour qu'il puisse accéder à son compte.

Dénomination des fichiers

Art. 5. La dénomination des fichiers prévus par la convention et le présent cahier des charges est prévue aux annexes 03-01 et 03-02 pour les fichiers d'autorisation et aux annexes 04-01 et 04-02 pour les fichiers de facturation.

Art. 6. Lors de la transmission par voie électronique des documents, le masseur-kinésithérapeute s'engage à respecter la dénomination des fichiers ainsi que les libellés et le contenu des différentes zones définies dans les fichiers électroniques tels que prévus aux annexes 03-01, 03-02, 04-01 et 04-02 du présent cahier des charges.

Notification du dépôt d'un fichier

Art. 7. Lors de chaque dépôt d'un fichier effectué par un masseur-kinésithérapeute sur le compte CNS, la CNS en informe le masseur-kinésithérapeute. Cette information constitue une simple notification de dépôt et n'a pas de valeur juridique.

Conservation des preuves numériques

Art. 8. Dans le cadre de la transmission électronique des fichiers d'autorisation, de facturation et des ordonnances numérisées, les pièces justificatives numériques sont intégrées et sauvegardées dans les archives électroniques du masseur-kinésithérapeute et de la CNS. L'intégration et la conservation se font conformément aux conditions et modalités prévues par les lois, règlements et conventions en vigueur.

Référentiels

Art. 9. La CNS met à disposition des masseurs-kinésithérapeutes:

- la liste des codes d'anomalies avec leurs libellés respectifs;
- la liste des codes prestataires des médecins prescripteurs;
- la liste des codes des catégories de lieux de prestation.

En cas de mise à jour de l'une des listes ci-dessus, la CNS s'engage à mettre un nouveau référentiel à disposition des masseurs-kinésithérapeutes dans les plus brefs délais.

III. Processus de transmission des données

1. Demande d'autorisation

Entrée des données à la CNS

Art. 10. Le fichier d'autorisation est en format prévu dans l'annexe 02 pour tout échange de données. La structure de dénomination des fichiers et les données à intégrer sont précisées dans l'annexe 03-01.

La CNS tient à la disposition du masseur-kinésithérapeute le fichier électronique correspondant à la description complète du modèle de la demande d'autorisation. Les zones ou données obligatoires sont décrites dans l'annexe 03-01. Toute évolution technique du modèle est signalée au masseur-kinésithérapeute qui dispose d'un délai de trois mois pour s'y conformer.

Art. 11. Les demandes d'autorisation sont obligatoirement accompagnées par les ordonnances y associées, numérisées au format prévu dans l'annexe 02 et intégrées dans le fichier d'échange conformément à l'annexe 03-01.

Art. 12. La demande d'autorisation prévue à la convention est transmise par voie électronique tel que défini aux articles 2 à 9 du présent cahier des charges.

Retour des données au masseur-kinésithérapeute

Art. 13. Après traitement du dossier de demande d'autorisation, la CNS communique sa décision par voie électronique au masseur-kinésithérapeute demandeur sous le format prévu dans l'annexe 02.

- En cas d'accord, cette communication de la décision sous forme numérique est à considérer comme l'émission d'un titre de prise en charge.
- En cas de refus, le motif sera communiqué sous forme d'un code anomalie et éventuellement complété par une remarque. Le masseur-kinésithérapeute pourra consulter une liste des motifs de contestation disponible sur le site Internet de la CNS pour avoir des explications complémentaires sur les bases juridiques à l'origine du refus.
- En cas de mise en suspens de la demande d'autorisation, la CNS enverra une information avec motivation dans le délai prévu à l'article 19 de la convention.

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

Sur demande de la personne protégée, le masseur-kinésithérapeute matérialise le titre de prise en charge en imprimant une version papier sur base des données émanant de la CNS. Ce document doit correspondre exactement au modèle prévu à l'annexe 05 du présent cahier des charges. Le masseur-kinésithérapeute est responsable de l'exactitude des données qui figurent sur le titre de prise en charge.

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

2. Facturation

Contenu du mémoire d'honoraires

Art. 14. Indépendamment du support sur lequel il est présenté, le mémoire d'honoraires comporte obligatoirement les données figurant sur le modèle prévu à l'annexe 06 du présent cahier des charges.

Art. 15. Dans le cadre d'une matérialisation d'un mémoire d'honoraires, il est établi conformément au modèle prévu à l'annexe 06 du présent cahier des charges.

Définition des fichiers entrants et sortants

Art. 16. Le fichier de facturation est en format prévu dans l'annexe 02 pour tout échange de données. La structure de dénomination des fichiers et les données à intégrer sont précisées dans les annexes 04-1 et 04-2.

La CNS tient à la disposition du masseur-kinésithérapeute le fichier électronique correspondant à la description complète du modèle de la facturation. Les zones ou données obligatoires sont décrites dans les annexes 04-01 et 04-02 et sont à utiliser impérativement. Toute évolution technique du modèle est signalée au masseur-kinésithérapeute qui dispose d'un délai de trois mois pour s'y conformer.

Entrée des données à la CNS

Art. 19. Le fichier de facturation prévu à la convention est transmis par voie électronique tel que défini aux articles 2 à 9 du présent cahier des charges.

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

Art. 20. Chaque facturier ne peut introduire qu'un seul fichier de facturation par mois de calendrier à la CNS.

Retour des données au masseur-kinésithérapeute

Art. 21. La CNS envoie par voie électronique une information de dépôt des fichiers sur le serveur lorsque les données entrées sur le fichier de facturation sont exploitables et conformes à l'annexe 04-2 du présent cahier des charges. Dans le cas contraire, le fichier est retourné sans être traité au masseur-kinésithérapeute par voie électronique avec indication des motifs de non-traitement.

Art. 22. L'information de dépôt sert comme accusé de réception et renseigne expressément la date qui sert de point de départ au calcul du délai de paiement prévu à l'article 25 de la convention.

Art. 23. Après vérification des données, la CNS dépose le fichier électronique de retour du décompte mensuel de facturation sur le serveur. Conformément à l'annexe 04-2, ce fichier indique le montant pris en charge et, le cas échéant, les motifs de contestations sous forme d'un «code anomalie».

Le masseur-kinésithérapeute pourra consulter une liste des codes anomalies sur le site Internet de la CNS pour avoir des explications complémentaires sur les bases légales à l'origine du refus.

IV. Dispositions transitoires

Procédure d'autorisation

Art. 24. Une période transitoire est accordée aux masseurs-kinésithérapeutes à compter de l'entrée en vigueur du présent cahier des charges et ce jusqu'au *31/12/2017*, période pendant laquelle deux modalités de demande d'autorisation sont admises: l'envoi par voie postale des ordonnances soumises au processus de validation et le fichier au format prévu dans l'annexe 02.

Au-delà de ce délai, le fichier de demande d'autorisation doit être dans le format prévu dans l'annexe 02.

Art. 25. La demande d'autorisation pour une ordonnance établie avant le 01/01/2017 ne sera admise que sous forme papier. Elle ne sera validée que si les conditions suivantes sont remplies:

– les actes prescrits sont conformes à la nomenclature en vigueur au moment de l'établissement de l'ordonnance;
– le délai d'envoi à la CNS prévu à l'alinéa 4 de l'article 19 de la convention est respecté.

Le titre de prise en charge correspondant sera également émis sous forme papier et portera sur les actes prescrits sur l'ordonnance. La décision d'autorisation sera prise sur base des conditions et modalités applicables avant le 01/01/2017.

Procédure de facturation

Art. 26. Une période transitoire est accordée aux masseurs-kinésithérapeutes à compter de l'entrée en vigueur du présent cahier des charges et ce jusqu'au *31/12/2017*, période pendant laquelle deux modalités de facturation sont admises: le fichier au format prévu dans l'annexe 04-1 et la facturation sous forme papier.

Au-delà de ce délai, le fichier doit être dans le format défini dans l'annexe 02 pour tout échange de données concernant des prestations effectuées à partir du 01/01/2017. La facturation de prestations plus anciennes est à présenter de façon séparée, sous forme d'un fichier plat ou sous forme papier et ceci jusqu'à l'expiration du délai d'opposabilité des prestations selon l'article 84 du Code de la sécurité sociale.

Art. 27. Les prestations délivrées après le 31/12/2016 sur base d'une ordonnance émise avant le 01/01/2017 restent opposables à l'assurance maladie, même si la prestation prescrite n'est plus prévue dans la nomenclature en vigueur au moment de la prestation. Dans ce cas, le titre de prise en charge existant vaut autorisation pour l'acte de la nomenclature en vigueur au moment de la délivrance qui correspond à l'acte initialement prescrit. Le masseur-kinésithérapeute pourra donc délivrer et facturer la prestation correspondante, en conformité avec l'article 14 de la convention. Pour déterminer cette prestation, le masseur-kinésithérapeute doit respecter la table de conversion des actes retenue entre l'ALK et la CNS.

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

Fait à Luxembourg, le 23 novembre 2016, en deux exemplaires.

Pour l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes
Le Président,
Jean-Louis Fattori

Pour la Caisse nationale de santé
Le Président,
Paul Schmit

Annexe 01: Glossaire

Code de l'acte	Notion nomenclature: identifiant de l'acte.
Code exécutant	Code de celui qui effectue ou dispense la prestation.
Code facturier	Code du créancier de la CNS.
Code prescripteur	Code prestataire individuel du médecin qui a le droit d'établir une ordonnance.
Code prestataire	Code prestataire attribué à une personne physique ou morale qui a un lien conventionnel ou contractuel avec l'assurance maladie. (Syn.: code fournisseur).
Conditions administratives	Ex.: Conditions de la validité de l'affiliation, du code prestataire, etc.
Contrôles sémantiques	Contrôles de fond, de contenu.
Contrôles syntaxiques	Contrôles de forme, de format, contrôle de l'exploitabilité des données figurant au fichier.
Date d'établissement de l'ordonnance	Date à laquelle le médecin émet l'ordonnance. (Syn.: date de prescription, date d'émission de l'ordonnance, date début ordonnance, date ordonnance).
Date début de traitement	Date à laquelle la première prestation du traitement prescrit est réalisée.
Date entrée à la CNS	Date à laquelle le dossier (demande d'autorisation ou de facturation) est entré à la CNS ou auprès d'une autre institution de sécurité sociale.
Date d'établissement du titre	Date à laquelle le titre est émis par la CNS.
Décision de la CNS	Décision positive ou négative prise par la Caisse nationale de santé en conclusion de l'instruction d'un dossier de demande.
Décision d'autorisation de la CNS	Décision d'accorder un droit à la personne protégée pour une prestation subordonnée à une autorisation documenté sur le titre de prise en charge. (syn.: autorisation, décision positive, accord).
Décision de refus de prise en charge	Décision négative qui n'est jamais documentée sur un titre (syn.: refus).
Demande d'autorisation déposée à la CNS	Dossier de demande pour l'obtention de la prise en charge par l'assurance maladie d'une prestation de soins de santé subordonnée à une autorisation préalable ou non.
Lieu de prestation de l'acte	Les lieux ont été catégorisés et une liste de codes spécifiques a été établie.
Montant remboursé	Montant remboursé = Montant net total demandé sur le relevé récapitulatif déduction faite des contrôles résultant de l'application des instruments juridiques (règles de la nomenclature (anti-cumul, réduction de tarifs, etc)), règles statutaires (participation, etc.). La différence entre le montant demandé et le montant effectivement remboursé est motivée par la CNS dans le justificatif de paiement (Syn.: montant liquidé).
Montant Tarif	Montant officiel pour une prestation (tarif de l'acte dans la nomenclature).
Motifs de contestation	Les prestations contestées par la CNS sont retournées au masseur-kinésithérapeute avec indication des motifs de contestation. Une même prestation, respectivement une même facture peut être contestée pour différents motifs définis dans la liste des motifs de contestation. Il est loisible au masseur-kinésithérapeute de représenter les prestations / factures redressées sur un relevé subséquent.
Participation statutaire	Participation personnelle à charge de la personne protégée, définie dans les statuts de la CNS.
Prestation	Prestation de soins de santé suivant l'article 17, alinéa premier du CSS.
Prise en charge statutaire	Montant opposable à l'assurance maladie.
Taux de participation	Le taux de participation exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant à charge de la personne protégée.
Taux de prise en charge	Le taux de prise en charge exprimé en % s'applique au montant tarif officiel de la nomenclature pour la détermination du montant remboursé par l'assurance maladie.
Titre de prise en charge	Support papier qui explicite la décision d'autorisation de prise en charge.

Annexe 02: Standards techniques et fomats à utiliser

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

Champs d'application	Technologie	Remarque
Réseau auquel/plate-forme à laquelle le prestataire doit se connecter	Healthnet	
Sécurisation de la connexion au réseau	Par authentification forte	L'accès au fichier FTP se fait ensuite par accès utilisateur et mot de passe fournis par le CCSS
Format de fichier des demandes d'autorisation DEMAUT et du fichier retour de la CNS RETAUT	XML	
Format de fichier des demandes de facturation FAC et du fichier retour de la CNS RETFAC	XML	
Format des images numériques des ordonnances	PDF/A **Résolution:** minimum de 200DPI maximum 300DPI **format:** A4 (cf. annexe 02-1 spécification PDF import externe GED)	
Format de compression des fichiers / Utilisation de fichier d'archivage	Le format de compression supporté est le format zip (extension.ZIP)	
La CNS tient à la disposition du kinésithérapeute le fichier électronique correspondant à la description complète du layout des fichiers d'autorisation et de facturation	Format.xsd	
La CNS tient à la disposition du kinésithérapeute le fichier de conversion ancienne nomenclature vers la nouvelle nomenclature	Fichier au format.xls mis à disposition sur serveur FTP de la CNS (version xml prévue fin 2017)	
La CNS tient à la disposition du kinésithérapeute le fichier des médecins prescripteurs luxembourgeois	Fichier au format.txt mis à disposition sur serveur FTP de la CNS (version xml prévue fin 2017)	

Les dénominations des fichiers respectent le format suivant:

[F][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[date envoi]_[Référence KINE]

Decription des champs

F	Valeur: F (Fichiers Maladie)	CHAR(1)
Code prestataire	Code Prestataire à 8 positions (référence externe du prestataire facturier)	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Envoi	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal: KIN	CHAR(3)
Type Fichier	Identifiant du fichier (DEMAUT, RETAUT, FAC, RETFAC)	CHAR(6)
Numéro Layout	Numéro du layout passé: 01 (sauf changement futur 02, 03, etc.)	CHAR(2)
Date envoi	Sur 8 positions numériques	CHAR(8)
Référence KINE	Référence unique du prestataire KINE qui identifie la demande et garantit son unicité CHAR(30)	CHAR(30)

Annexe 03.1 : Détails du fichier de demande d'autorisation KINE : DEMAUT

Version 01
15.11.2016

1. Structure de dénomination des fichiers de l'envoi KINE --> CNS

[F][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[date envoi]_[Référence KINE].ZIP

Champ	Désignation	
F	Valeur : F (Fichiers Maladie)	CHAR(1)
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions (référence externe du prestataire facturier)	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Envoi	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
Type Fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier : DEMAUT	CHAR(6)
Numéro Layout	Numéro du layout passé : 01 (sauf changement futur 02, 03, etc.)	CHAR(2)
Date envoi	sur 8 positions numériques	CHAR(8)
Référence KINE	Référence unique du prestataire KINE qui identifie la demande et garantit son unicité	CHAR(30)

Un fichier d'envoi .ZIP est composé :
- **de la demande au format XML :** **[F/D][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[date envoi]_[Référence KINE].XML**
- **du fichier image de l'ordonnance :** **[F/D][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[date envoi]_[Référence KINE].PDF**

2. Structure du fichier XSD

Demande de prise en charge avec TITRE	
Référence de la demande (1)	
Type de fichier (1)	**Représente l'identification du demandeur et de la demande**
Ordonnance (1)	**Représente les informations de l'ordonnance**

3. Structure du bloc <<Référence de la demande>>

Référence de la demande (1)		
Code prestataire du demandeur	Code prestataire du kinésithérapeute sur 8 positions	NUM (8)
Organisme qui traite la demande	Organisme CNS - Valeur obligatoire « 18 »	NUM (2)
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de demande a été envoyé à la CNS	DATE()
Référence KINE du fichier de la demande	Cette référence sera utilisée dans le fichier de retour (Référence unique du prestataire KINE qui identifie la demande et garantit son unicité)	CHAR(20)

4. Structure du bloc <<Type de fichier>>

Type de fichier (1)		
Cadre légal	Convention concernée par le fichier : KIN	CHAR(3)
Numéro de layout	Numéro du layout utilisé (ex. V1,V2,V3,V4,…)	INT(2)
Type de fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier il s'agit. (ex: DEMAUT)	CHAR(6)

5. Structure du bloc <<Ordonnance>>

Ordonnance (1)		
Référence KINE ordonnance	Cette référence sera utilisée dans le fichier de retour (Référence unique du prestataire KINE qui identifie l'ordonnance et garantit son unicité)	CHAR(20)
Code prestataire du prescripteur	Code prestataire du médecin ayant fait la prescription sur 8 positions	NUM(8)
Matricule patient de la personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions Ex : AAAAMMJJ00000	NUM(13)
Date d'établissement	Date à laquelle le médecin a établi l'ordonnance	DATE()
Heure d'établissement*	Heure à laquelle le médecin a établi l'ordonnance (champ facultatif, actuellement non renseigné sur les ordonnances mais utile pour contrôles concernant l'hospitalisation)	HEURE()
Date début *	(Champ facultatif)	DATE()
Heure début *	(Champ facultatif)	HEURE()
Date fin*	(Champ facultatif)	DATE()
Heure fin *	(Champ facultatif)	HEURE()
Identifiant fichier numérisé ordonnance	Référence du fichier image au format PDF-A	CHAR(66)
Type d'ordonnance KINE (1)		
Référence du type d'ordonnance	NT: Nouveau traitement / BI: Bilan / PR: Prolongation	CHAR(2)
Type de traitement*	PL: Pathologie lourde / RC: Rééducation post-chirurgicale / PC: Pathologie courante	CHAR(2)
Code de la pathologie*	Code CNS 1 lettre 2 chiffres selon le document de référence de la CNS	CHAR(3)
Date de l'opération*	Date de l'intervention chirurgicale à la base d'un traitement post-chirurgical (champ facultatif, seulement obligatoire en cas de rééducation post-opératoire)	DATE()
Ligne de Prestation (1..n)		
Référence de ligne de la prestation	Référence de ligne de la demande du prestataire (en principe numéro de ligne)	CHAR(20)
Code acte	Code de l'acte faisant l'objet de la demande selon la nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes	CHAR(10)
Nombre	Indique le nombre de séances demandées	NUM(2)
Fréquence *	Indique la fréquence de l'acte (optionnel, actuellement ce champ n'est plus utilisé pour Kiné)	CHAR(3)
Informations sur l'acte KINE (0.n)*		
Partie du corps	Code CNS 1 lettre 2 chiffres selon document d'ordonnance KINE	NUM(3)
Informations Accident* (0..1)		
Numéro accident*	Le numéro accident est composé d'une lettre (U pour AA), suivi de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident. (champ facultatif, seulement en cas d'accident)	CHAR(10)
Date accident*	Date à laquelle s'est produit l'accident (champs facultatif, seulement en cas d'accident)	DATE()

Légende :

xxx	Indique un champ obligatoire à remplir par le prestataire
xxx *	Indique un champ optionnel rempli par le prestataire

Annexe 03.2 : Détails du fichier retour de demande d'autorisation KINE : RETAUT

Version 01
16.11.2016

1. Structure de dénomination des fichiers de l'envoi CNS --> KINE

[F][Code prestataire][Année][Envoi]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[date envoi]_[Référence KINE].XML

Champ	Désignation	
F	Valeur : F (Fichiers Maladie)	CHAR(1)
Code prestataire	Code prestataire à 8 positions (référence externe du prestataire facturier)	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Envoi	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
Type Fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier : RETAUT	CHAR(6)
Numéro Layout	Numéro du layout passé : 01 (sauf changement futur 02, 03, etc.)	CHAR(2)
Date envoi	sur 8 positions numériques	CHAR(8)
Référence KINE	Référence unique du prestataire KINE qui identifie la demande et garantit son unicité	CHAR(30)

Le fichier d'envoi est le fichier .XML

2. Structure du fichier XSD

Demande de prise en charge avec TITRE	
Référence de la demande (1)	
Type de fichier (1)	**Représente l'identification du demandeur et de la demande**
Ordonnance (1)	**Représente les informations de l'ordonnance**
Retour Organisme (1)**	**Représente les informations de traitement de la demande par l'organisme (CNS)**

3. Structure du bloc <<Référence de la demande>> (idem que DEMAUT)

Référence de la demande (1)		
Code prestataire du demandeur	Code prestataire du kinésithérapeute sur 8 positions	NUM (8)
Organisme qui traite la demande	Organisme CNS - Valeur obligatoire « 18 »	NUM (2)
Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de demande a été envoyé à la CNS	DATE()
Référence KINE du fichier de la demande	Cette référence provient du ficher DEMAUT (Référence unique du prestataire KINE qui identifie la demande et garantit son unicité)	CHAR(20)

4. Structure du bloc <<Type de fichier>>

Type de fichier (1)		
Cadre légal	Convention concernée par le fichier : KIN	CHAR(3)
Numéro de layout	Numéro du layout utilisé (ex. 01,02,03,04,...)	CHAR(2)
Type de fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier il s'agit. REMAUT	CHAR(6)

5. Structure du bloc <<Ordonnance>>

Ordonnance (1)		
Référence KINE ordonnance	Cette référence provient du ficher DEMAUT (Référence unique du prestataire KINE qui identifie l'ordonnance et garantit son unicité)	CHAR(20)
Ligne de Prestation (1..n)		
Référence de ligne de la prestation	Référence de ligne de la demande du prestataire	CHAR(20)
Autorisation du code acte (code tarif)**	O : oui N : non	CHAR(2)
Redressement code acte (code tarif)**	O : oui N : non	CHAR(2)
Code acte autorisé**	Dans certains cas particuliers de certaines conventions, le code de l'acte faisant l'objet du redressement peut être remplacé par un autre code acte (pas d'actualité pour KINE)	CHAR(10)
Redressement du nombre d'actes (ou de séances pour KINE)**	O : oui N : non	CHAR(2)
Nombre acte autorisé **	Indique le nombre de fois que l'acte a été autorisé	NUM(2)
Taux de prise en charge**	Indique le taux de prise en charge de l'acte par la CNS en pourcent (nul si refus)	NUM(3)
Identification de l'accident confirmé par AA (O:: oui ; N:non)**	O : oui N : non ; Indication si l'Assurance Accident confirme la prise en charge d'un accident avec les références du demandeur à la date d'emission du titre	CHAR(2)
Date avis CMSS**	Date à laquelle le Contrôle médical de la sécurité sociale a rendu son avis. Ce champ est nul si pas de contrôle médical (Le cas échéant)	DATE()
Détail anomalies de l'acte (0..n)		
Type d'anomalie**	Type de l'anomalie : refus / remarque / informations	CHAR(6)
Code anomalie**	Indique le code CNS de refus / remarque / informations lié l'acte	CHAR(6)
Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation)**	Ce libellé indique le détail lié au code au dessus	CHAR(60)

6. Structure du bloc <<Retour Organisme>>

Retour Organisme (1)**		
Date entrée organisme**	Date d'entrée du fichier à la CNS	DATE()
Date envoi organisme**	Date d'envoi du fichier retour au kinésithérapeute	DATE()
Décision Organisme (1)		
Décision sur l'accord**	ACC : accord ; REF : refus ; SUS : suspens	CHAR(3)
Numéro du titre**	Indique le numéro présent sur le titre établi par la CNS. Le numéro de titre est emis même en cas de refus ou mise en suspens. Attention, pas de numéro de titre pour une demande Non Ok au contrôle syntaxique. La numérotation des demandes se fait si le contrôle syntaxique est correct	CHAR(15)
Date d'établissement de la décision**	Date d'établissement du titre ou du refus	DATE()
Date début validité titre**	Date début de la période de validité du titre. (nul sinon)	DATE()
Date fin validité titre**	Date fin de la période de validité du titre. (nul sinon)	DATE()
Détails anomalie générale (0..n)		
Type d'anomalie générale**	Type de l'anomalie : refus / remarque / informations	CHAR(6)
Code anomalie**	Indique le code CNS d'anomalie générale	CHAR(6)
Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation possible)**	Ce libellé décrit la raison pour laquelle la demande d'autorisation fait l'objet d'une anomalie	CHAR(60)

Légende :

xxx	Indique un champ de la demande
xxx **	Indique un champ optionnel rempli par la CNS

Annexe 04.1 : Détails du fichier de demande traitement décompte : FAC

Version 01

15.11.2016

1. Structure de dénomination des fichiers de l'envoi KINE --> CNS

[F][Code prestataire facturier][Année][Mois]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[Référence KINE].XML

Champ	Désignation	
F	Valeur : F (Fichiers Maladie)	CHAR(1)
Code prestataire facturier	Code prestataire à 8 positions (référence externe du prestataire facturier)	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Mois	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
Type Fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier il s'agit ici : FAC	CHAR(6)
Numéro Layout	Numéro du layout passé : 01 (sauf changement futur 02, 03, etc.)	CHAR(2)
Référence KINE	Référence unique du prestataire KINE qui identifie le décompte et garantit son unicité	CHAR(30)

2. Structure du fichier XSD

3. Structure du bloc <<Référence de la facturation>>

Référence du fichier de facturation (1)			
	Code prestataire du facturier	Code prestataire du kinésithérapeute sur 8 positions	NUM (8)
	Organisme qui traite le fichier de facturation	Organisme CNS - Valeur obligatoire « 18 »	NUM (2)
	Date d'envoi prestataire	Date à laquelle le fichier de facturation a été envoyé à la CNS	DATE()
	Référence du fichier de facturation	Référence interne du facturier du fichier de facturation	CHAR(50)
	Exercice de décompte	Exercice du décompte	NUM (4)
	Mois de décompte	Mois du décompte	NUM (2)
	Nombre de factures/mémoires d'honoraires	Nombre total de factures/mémoires d'honoraires dans le fichier de facturation	NUM(4)
	Montant brut total demandé	Montant brut total demandé	DEC(9,2)
	Montant net total demandé	Montant net total demandé	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)

4. Structure du bloc <<Type de décompte>>

Type de décompte (1)			
	Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
	Layout	Version du layout: 01 actuellement	NUM (2)
	Type fichier	FAC	CHAR(6)

5. Structure du bloc <<facture/mémoire d'honoraire>>

facture/mémoire d'honoraire (1 - n)			
	Référence de la facture/mémoire d'honoraire	Référence interne du facturier de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
*	**N° d'ordre de la facture/mémoire d'honoraire**	N° d'ordre de la facture/mémoire d'honoraire dans le fichier de facturation	NUM(4)
	Matricule patient de la personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions Ex : AAAAMMJJ00000	CHAR(13)
	Date établissement facture/mémoire d'honoraire	Date à laquelle la facture/mémoire d'honoraire a été établie	DATE()
	Nombre de lignes de prestation demandées	Nombre de lignes de prestations demandés pour cette facture/mémoire d'honoraire	NUM(4)
	Montant brut total demandé	Montant brut total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Montant net total demandé	Montant net total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Ligne de Prestation (1..n)		

5.1 Structure du bloc <<Ligne de prestation>>

	Ligne de Prestation (1..n)		
	Référence ligne de prestation	Référence interne du facturier de la ligne de prestation	CHAR(50)
*	**N° d'ordre de la ligne de prestation**	N° d'ordre de la ligne de prestation dans la facture/mémoire d'honoraire	NUM(4)
	Code tarif	Code tarif sans préfixes ou suffixes	CHAR(10)
*	**Compléments tarif (0 -n)**	Liste des suffixes et/ou préfixes appliqués au code tarif	CHAR(1)
	Date prestation début	Date prestation début	DATE()
*	**Heure prestation début**	Heure prestation début	HEURE()
*	**Date prestation fin**	Date prestation fin	DATE()
*	**Heure prestation fin**	Heure prestation fin	HEURE()
	Nombre	Quantité du code tarif	NUM(4)
*	**Montant brut unitaire demandé**	Montant brut unitaire demandé pour un code tarif sans prix officiel	DEC(9,2)
	Montant brut ligne demandé	Montant brut demandé de la ligne de prestation	DEC(9,2)
	Montant net ligne demandé	Montant net demandé de la ligne de prestation	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Lieu prestation	Lieu de prestation	CHAR(3)
	Code prestataire de l'exécutant	Code prestataire de l'exécuant de la prestation	NUM (8)
	Numéro titre	Numéro du titre	CHAR(15)
*	**Numéro accident**	Le numéro accident est composé d'une lettre (U pour AA), suivi de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident. (champ facultatif, seulement en cas d'accident)	CHAR(10)
*	**Date accident**	Date à laquelle s'est produit l'accident (champs facultatif, seulement en cas d'accident)	DATE()

Légende

* **facultatif**

Annexe 04.2 : Détails du fichier de retour traitement décompte : RETFAC

Version 01

15.11.2016

1. Structure de dénomination des fichiers CNS --> KINE

[F][Code prestataire facturier][Année][Mois]_[Cadre légal]_[Type Fichier]_[Numéro Layout]_[Référence KINE].XML

Champ	Désignation	
F	Valeur : F (Fichiers Maladie)	CHAR(1)
Code prestataire facturier	Code prestataire à 8 positions (référence externe du prestataire facturier)	CHAR(8)
Année	Année sur 4 positions numériques	CHAR(2)
Mois	Mois sur 2 positions numériques	CHAR(2)
Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
Type Fichier	Identifiant du fichier qui servira à identifier de quel type de fichier il s'agit ici : RETFAC	CHAR(6)
Numéro Layout	Version du layout utilisé : 01 (sauf changement futur 02, 03, etc.)	CHAR(2)
Référence KINE	Référence unique du prestataire KINE qui identifie le décompte et garantit son unicité	CHAR(30)

2. Structure du fichier XSD

- **Facturation (1)**
  - **Type de décompte (1)**
  - **Retour Organisme GT (1)**
  - **Décision Fichier de facturation (1)**
  - **Décision Ajouts (0 - 1)**
  - **Décision Stornos (0 - 1)**
  - **Décision Acompte/Avance (0 - 1)**
  - **Décision Recouvrement (0 - 1)**

Type de décompte (1)

Cadre légal	Cadre légal : KIN	CHAR(3)
Numéro Layout	Version du layout : 01	NUM (2)
Type fichier	RETFAC	CHAR(6)

Retour Organisme GT (1)

Identifiant groupe traitement	Identifiant interne CNS du groupe traitement	CHAR(50)
Date envoi organisme	Date d'envoi du fichier retour au kinésithérapeute	DATE()
Nombre factures/mémoires d'honoraires traités	Nombre de factures/mémoires d'honoraires traitées en total (fichier de facturation + ajouts + ajouts manuels + stornos)	NUM (4)
Montant total brut	Montant total brut pour le GT	DEC(9,2)
Montant total net	Montant total net pour le GT	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)

Décision Fichier de facturation (1)

Référence du fichier de facturation	Référence interne du facturier du fichier de facturation (dans l'entête : Référence KINE)	CHAR(50)
Identifiant fichier de facturation	Identifiant interne du fichier de facturation	CHAR(50)
Date entrée organisme	Date d'entrée du fichier de facturation à la CNS	DATE()
Montant brut total	Montant brut total pour le fichier de facturation	DEC(9,2)
Montant net total payé	Montant net payé pour le fichier de facturation	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)

Décision facture/mémoire d'honoraire (1..n)

Décision facture/mémoire d'honoraire (1..n)

	Référence de la facture/mémoire d'honoraire	Référence interne du facturier de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
	Identifiant facture/mémoire d'honoraire organisme	Identifiant interne de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
*	**Date entrée facture/mémoire d'honoraire**	Date d'entrée de la facture/mémoire d'honoraire auprès de l'organisme	DATE()
*	**Identifiant bénéficiaire**	Identifiant unique du bénéficiaire (rempli en fonction du mode remboursement (non requis pour Tiers Payant))	CHAR(13)
	Montant brut total	Montant brut pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Montant net total payé	Montant net payé pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)

Détail anomalie facture/mémoire d'honoraire (0..n)

Lignes de prestation (1..n)

Détail anomalie facture/mémoire d'honoraire (0..n)

	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	**Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)**	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

Ligne de prestation (1..n)

	Référence ligne de prestation	Référence interne du facturier de la ligne de prestation	CHAR(50)
	Identifiant organisme de la prestation	Identifiant interne de la prestation	CHAR(50)
	Code acte payé	Code acte repris/saisi par l'organisme (avec préfixes/suffixes)	CHAR(10)
*	**Code acte ordonnance**	Code acte prescrit	CHAR(10)
	Nombre de codes acte payés	Nombre de codes acte payés	NUM (4)
	Montant brut	Montant brut pour la ligne prestation	DEC(9,2)
	Montant net payé	Montant net payé pour la ligne de prestation	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)

Détail anomalies de la ligne de prestation (0..n)

Détail anomalies de la ligne de prestation (0..n)

	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	**Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)**	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

Décision Ajouts (0 - 1)			
	Nombre de factures/mémoires d'honoraires traitées	Nombre total de factures/mémoires d'honoraires ajoutées traitées	NUM(4)
	Montant brut total	Montant brut total pour les factures/mémoires d'honoraires ajoutées	DEC(9,2)
	Montant net total payé	Montant net payé pour les factures/mémoires d'honoraires ajoutées	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	facture/mémoire d'honoraire ajoutée (1..n)		

	facture/mémoire d'honoraire ajoutée (1..n)		
	Référence de la facture/mémoire d'honoraire	Identifiant interne du facturier de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
	Identifiant facture/mémoire d'honoraire organisme	Identifiant interne de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
	Type de facture/mémoire d'honoraire ajoutée	Type de facture/mémoire d'honoraire ajoutée (ajout, ajout manuel)	CHAR(2)
	Matricule patient de la personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions	CHAR(13)
*	Date établissement facture/mémoire d'honoraire	Date à laquelle la facture/mémoire d'honoraire a été établie	DATE()
	Montant brut total demandé	Montant brut total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Montant net total demandé	Montant net total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
*	Date entrée facture/mémoire d'honoraire	Date d'entrée de la facture/mémoire d'honoraire auprès de l'organisme	DATE()
*	Identifiant bénéficiaire	Identifiant unique du bénéficiaire (rempli en fonction du mode remboursement (non requis pour Tiers Payant))	CHAR(13)
	Montant brut total	Montant brut pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Montant net total payé	Montant net payé pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Détails anomalie facture/mémoire d'honoraire ajoutée (1..n)		
	Lignes de prestation ajoutées (1..n)		

	Détail anomalie facture/mémoire d'honoraire ajoutée (1..n)		
	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

	Ligne de prestation ajoutée (1..n)		
	Référence ligne de prestation	Référence interne du facturier de la ligne de prestation	CHAR(50)
	Code tarif	Code tarif sans préfixes ou suffixes	CHAR(10)
*	Compléments tarif (0 -n)	Liste des suffixes ou préfixes appliqués au code tarif	CHAR(1)
	Date prestation début	Date prestation début	DATE()
*	Heure prestation début	Heure prestation début	HEURE()
*	Date prestation fin	Date prestation fin	DATE()
*	Heure prestation fin	Heure prestation fin	HEURE()
	Nombre	Quantité du code tarif	NUM (4)
*	Montant brut unitaire demandé	Montant brut unitaire demandé pour un code tarif sans prix officiel	DEC(9,2)
	Montant brut ligne demandé	Montant brut demandé de la ligne	DEC(9,2)
	Montant net ligne demandé	Montant net demandé de la ligne	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Lieu prestation	Lieu de prestation	CHAR(3)
	Code prestataire de l'exécutant	Code prestataire de l'exécuant de la prestation	NUM (8)
	Numéro titre	Numéro du titre	CHAR(15)
*	Numéro accident	Le numéro accident est composé d'une lettre (U pour AA), suivi de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident. (champ facultatif,	CHAR(10)
*	Date accident	Date à laquelle s'est produit l'accident (champs facultatif, seulement en cas d'accident)	DATE()
	Identifiant organisme de la ligne prestation	Identifiant interne de la prestation	CHAR(50)
	Code acte payé	Code acte repris/saisi par l'organisme (avec préfixes/suffixes)	CHAR(10)
*	Code acte ordonnance	Code acte prescrit	CHAR(10)
	Nombre de codes acte payés	Nombre de codes acte payés	NUM (4)
	Montant brut	Montant brut pour la ligne prestation	DEC(9,2)
	Montant net payé/retenu	Montant net payé pour la ligne de prestation	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Détail anomalies de la ligne de prestation ajoutée (1..n)		

	Détail anomalies de la ligne de prestation ajoutée (1..n)		
	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

Décision Stornos (0 - 1)			
	Nombre de factures/mémoires d'honoraires traitées	Nombre total de factures/mémoires d'honoraires stornées traitées	NUM(4)
	Montant brut total	Montant brut total pour les factures/mémoires d'honoraires stornées	DEC(9,2)
	Montant net total payé	Montant net payé pour les factures/mémoires d'honoraires stornées	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	facture/mémoire d'honoraire stornée (1..n)		

	facture/mémoire d'honoraire stornée (1..n)		
	Référence de la facture/mémoire d'honoraire	Identifiant interne du facturier de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
	Identifiant facture/mémoire d'honoraire organisme	Identifiant interne de la facture/mémoire d'honoraire	CHAR(50)
	Matricule patient de la personne protégée	Numéro d'identification unique de la personne protégée sur 13 positions	CHAR(13)
*	Date établissement facture/mémoire d'honoraire	Date à laquelle la facture/mémoire d'honoraire a été établie	DATE()
	Montant brut total demandé	Montant brut total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)

	Montant net total demandé	Montant net total de la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
*	Date entrée facture/mémoire d'honoraire	Date d'entrée de la facture/mémoire d'honoraire auprès de l'organisme	DATE()
*	Identifiant bénéficiaire	Identifiant unique du bénéficiaire (rempli en fonction du mode remboursement (non requis pour TP))	CHAR(13)
	Montant brut total	Montant brut pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Montant net total retenu	Montant net retenu pour la facture/mémoire d'honoraire	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Détails anomalie facture/mémoire d'honoraire stornée (1..n)		
	Lignes de prestation stornées (1..n)		

	Détail anomalie facture/mémoire d'honoraire stornée (1..n)		
	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

	Ligne de prestation stornée (1..n)		
	Référence ligne de prestation	Référence interne du facturier de la ligne de prestation	CHAR(50)
	Code tarif	Code tarif sans préfixes ou suffixes	CHAR(10)
*	Compléments tarif (0 -n)	Liste des suffixes ou préfixes appliqués au code tarif	CHAR(1)
	Date prestation début	Date prestation début	DATE()
*	Heure prestation début	Heure prestation début	HEURE()
*	Date prestation fin	Date prestation fin	DATE()
*	Heure prestation fin	Heure prestation fin	HEURE()
	Nombre	Quantité du code tarif	NUM (4)
*	Montant brut unitaire demandé	Montant brut unitaire demandé pour un code tarif sans prix officiel	DEC(9,2)
	Montant brut ligne demandé	Montant brut demandé de la ligne	DEC(9,2)
	Montant net ligne demandé	Montant net demandé de la ligne	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Lieu prestation	Lieu de prestation	CHAR(3)
	Code prestataire de l'exécutant	Code prestataire de l'exécutant de la prestation	NUM (8)
	Numéro titre	Numéro du titre	CHAR(15)
*	Numéro accident	Le numéro accident est composé d'une lettre (U pour AA), suivi de l'année AAAA, et se termine par le numéro courant de l'accident sur 5 positions. La mention du numéro accident est obligatoire après 3 mois suivant la date de l'accident. (champ facultatif)	CHAR(10)
*	Date accident	Date à laquelle s'est produit l'accident (champs facultatif, seulement en cas d'accident)	DATE()
	Identifiant organisme de la ligne prestation	Identifiant interne de la prestation	CHAR(50)
	Code acte payé	Code acte repris/saisi par l'organisme (avec préfixes/suffixes)	CHAR(10)
*	Code acte ordonnance	Code acte prescrit	CHAR(10)
	Nombre de codes acte payés	Nombre de codes acte payés	NUM (4)
	Montant brut	Montant brut pour la ligne prestation	DEC(9,2)
	Montant net retenu	Montant net retenu pour la ligne de prestation	DEC(9,2)
	Devise	Devise	CHAR(3)
	Détail anomalies de la ligne de prestation stornée (1..n)		

	Détail anomalies de la ligne de prestation stornée (1..n)		
	Type d'anomalie	Type de l'anomalie (Information, Refus, Refus métier, etc)	CHAR(1)
	code anomalie	Indique le code CNS de l'anomalie	CHAR(50)
*	Libellé court de l'anomalie (Motif de contestation général)	Ce libellé indique le détail lié au code anomalie	CHAR(250)

Décision Acompte/Avance (0 - 1)		
Nombre total d'avances/acomptes traités	Nombre total d'avances/acomptes traités	NUM (4)
Montant net total retenu	Montant net retenu pour les avances/acomptes	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)
Acompte/Avance (1..n)		

Acompte/Avance (1..n)		
Année de décompte	Année de décompte	NUM(4)
Mois de décompte	Mois de décompte	NUM(2)
N° acompte CNS	Identifiant interne de l'acompte	CHAR(50)
Montant net total retenu	Montant net retenu pour l'avance/acompte	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)

Décision Recouvrement (0 - 1)		
Nombre total de recouvrements traités	Nombre total de recouvrements traités	NUM (4)
Montant net total retenu	Montant net retenu pour les recouvrements	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)
Recouvrement (1..n)		

Recouvrement (1..n)		
N° recouvrement CNS	Identifiant interne du recouvrement	CHAR(50)
Montant net total retenu	Montant net retenu pour le recouvrement	DEC(9,2)
Devise	Devise	CHAR(3)

Légende

* **facultatif**

Annexe 05 : Titre de prise en charge

<lieu cabinet> , le *<date d'impression>*

Titre de prise en charge : *<numéro du titre>*

<Nom Prénom > (personne protégée)
<adresse>
<adresse>

En application des articles 55 à 58 des statuts, la Caisse nationale de santé certifie prendre en charge les soins de kinésithérapie-massage prescrits sur l'ordonnance au verso dans les conditions suivantes :

Personne protégée	**Code Prestation**	**Nombre de séances**	**Taux**
<Nom Prénom >	<Code acte autorisé n>	<Nombre acte autorisé n>	<Taux n>
<Matricule à 13 positions>	<Code acte autorisé n+1>	<Nombre acte autorisé n+1>	<Taux n+1>

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie :

- Le début du traitement prescrit doit se situer au plus tôt à la date du *<date établissement de l'ordonnance> et* au plus tard 30 jours après la date d'émission du présent titre
- La fin du traitement ne peut pas dépasser la date du *<date fin validité titre>*

Remarques

- L'autorisation qui est à la base de ce titre de prise en charge a été établie sur demande de *<la personne protégée> / <du prestataire <code prestataire demandeur>*. Conformément à l'article 24 de la convention entre la CNS et l'Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes, la prise en charge directe par la CNS est exclue si la personne protégée a personnellement demandé son titre de prise en charge auprès de la CNS.

- Ce titre de prise en charge est uniquement valable si le traitement autorisé est effectué par un prestataire établi sur le territoire luxembourgeois ou dans un pays de l'espace économique européen autre que le pays de résidence de la personne protégée.

- Si plusieurs traitements pour des affections différentes et indépendantes l'une de l'autre ont été autorisés simultanément pour une personne protégée, les traitements pourront se faire de façon alternante ou successive avec mise en compte d'une seule séance par jour, à l'exception de la rééducation respiratoire qui peut être cumulée avec une deuxième séance le même jour.

- Ce document a été généré par un cabinet de kinésithérapie sur base des données reçues de la part de la CNS dans le cadre du processus d'autorisation numérisée. Ce prestataire est responsable de l'exactitude des informations présentées.

- *< Libellé de l'anomalie>*

Annexe 06 – Mémoire d'honoraires

1) IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTE	2) CODE DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTE 50 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° 0000000000000 8) DU 00 00 0000

9) NUM TITRE	10) PRESTATION	11) DATE	12) BRUT	13) NET	14) P.PERS.	15) EXECUTANT	16) LIEU
		17) TOTAL:					

☐ 18) Paiement direct

☐ 19) Tiers payant

20) Montant pris en charge par la personne protégée :

21)Pour acquit, le

22) Signature et cachet

23) coordonnées bancaires (données de la case 1)

La loi modifiée du 03 août 2002 est appliquée (24)

1) Identification du prestataire de soins de santé: nom et adresse du masseur-kinésithérapeute à titre de profession libérale, de l'association exerçant dans le domaine libéral ou de l'établissement visé par l'article 1, alinéa 1 sous 2° de la convention conclue entre l'ALK et la CNS.
2) Code du prestataire facturier : masseur-kinésithérapeute à titre de profession libérale seul, association exerçant dans le domaine libéral ou nom de l'établissement visé par l'article 1, alinéa 1 sous 2° de la convention conclue entre l'ALK et la CNS
3) Numéro d'identification unique (« matricule »), nom et prénom de la personne protégée
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 trois mois. Pour toute prestation délivrée après ce délai (date prestation par rapport à la date accident) l'indication du numéro accident est obligatoire
6) N° accident: numéro de l'accident en relation avec l'assurance contre les accidents
7) MEMOIRE D'HONORAIRES: numéro (libre)
8) Date d'établissement du mémoire d'honoraires
9) NUM TITRE : numéro du titre de prise en charge
10) Prestation: code de la prestation d'après la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes
11) DATE: date de la prestation
12) BRUT: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes
13) NET: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes, après déduction de la participation statutaire
14) P.PERS. : montant de la participation personnelle à charge de la personne protégée
15) EXECUTANT: code prestataire du masseur-kinésithérapeute ayant délivré les actes et services
16) LIEU : lieu de prestation suivant Annexe 8 du Cahier de Charges faisant partie intégrante de la convention conclue entre l'ALK et la CNS
17) TOTAL : somme des positions reprise dans les colonnes 12) et 13)
18) Paiement direct : au cas où la personne protégée a fait l'avance complète des frais et donc a opté pour le système du remboursement par la caisse compétente, le prestataire doit cocher cette case
19) Tiers payant : dans les cas prévus à l'article 24 de la convention entre la CNS et l'ALK, la prise en charge directe par la caisse compétente peut être demandée en cochant cette case
20) Montant pris en charge par la personne protégée:
    - en cas de paiement direct, ce montant est égal au total du montant brut
    - en cas d'application du système du tiers payant, ce montant est égal à la participation personnelle
21) Pour acquit, le: renseignement par le prestataire de la date de paiement en cas de paiement de la participation personnelle respectivement du montant brut par la personne protégée
22) Signature et cachet attestant le paiement ou l'établissement de la facture
23) Coordonnées bancaires : données du prestataire de soins de santé. Cette inscription est obligatoire en cas de remboursement des actes et services par la caisse compétente, mais facultatif en cas d'application du système du tiers payant
24) PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL : Les renseignements concernant la personne protégée, tels que recueillis par les présentes, feront l'objet d'un enregistrement informatique.

    L'usage en est exclusivement réservé, dans la limite de leurs attributions, au masseur-kinésithérapeute et à la caisse de sécurité sociale compétente. Ces données pourront être traitées, de façon totalement anonyme, à des fins statistiques professionnels.

    Conformément aux dispositions de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, la personne protégée peut obtenir communication des informations la concernant et, le cas échéant, en demander la modification pour raison légitime en adressant sa demande à son masseur-kinésithérapeute ou au chargé de la protection des données de la CNS, notamment via : dataprotection.cns@secu.lu.

Annexe 07 – Formulaire de demande pour le forfait annuel pour frais informatiques

Demande Forfait annuel pour frais informatiques

Demande d'obtention des frais informatiques liés à la numérisation du processus d'autorisation et de la facturation suivant l'Article 37 de la convention entre l'ALK et la CNS

Adresse du cabinet demandeur[1]

Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : L- _____ Localité : _____

Détails de la demande

Année de référence : _____ Date de début d'activité du cabinet (à indiquer si différent du 01/01 de l'année de référence)[2] : _____

Déclaration d'éligibilité

☐ Le cabinet demandeur déclare que la condition requise sous l'article 37 alinéa 3 de la convention entre l'ALK et la CNS, qui prévoit une activité moyenne par kinésithérapeute au sein du cabinet d'au moins deux mille prestations opposables au cours de l'année de référence, est remplie.

☐ Le(s) signataire(s) du présent formulaire déclare(nt) que la CNS se libère valablement de ses/leurs créances et dettes relatives au forfait annuel pour frais informatiques sur le compte bancaire associé au code prestataire suivant[3] :

_____

Composition du cabinet

Code association (si applicable) : _____

Liste des prestataires[4] exerçant au cabinet demandeur pendant l'année de référence:

Nom et prénom :	Code individuel	Période de référence[5]	Signature
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			

Explications au verso

Date et lieu _____ le _____

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

Conformément à l'article 37 de la convention entre l'ALK et la CNS, la CNS se réserve le droit de demander des pièces justificatives attestant qu'il s'agit effectivement de cabinets distincts supportant des frais informatiques séparés et indépendants en cas de plusieurs demandes présentées pour la même adresse. Dans ce contexte, les demandeurs pourraient être demandés de présenter leurs factures d'acquisition de matériel informatique, leurs contrats de connexion Internet, leurs contrats avec un éditeur de logiciels, etc.

[2] Dans le cas d'un cabinet démarrant son activité en cours de l'année de référence, le seuil du nombre de prestations et le montant du forfait sont proratisés (voir article 37 de la convention entre l'ALK et la CNS).

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

[4] Conformément à l'article 37 de la convention entre l'ALK et la CNS, le forfait est échelonné en fonction du nombre de masseurs-kinésithérapeutes travaillant au même cabinet.

Pour la détermination du nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans un cabinet, la moyenne des masseurs-kinésithérapeutes pendant l'année de référence est prise en considération (à arrondir vers le bas).

[5] Période pendant laquelle le masseur-kinésithérapeute exerçait au cabinet demandeur au cours de l'année de référence

CNS
d'Gesondheetskeess

Avec prière d'envoyer l'original dûment rempli daté et signé à l'adresse suivante:
Département médecins et autres professions de santé
Service Kinésithérapie
Numéro d'appel direct: 2757-4541

.

Amendement du cahier des charges relatif aux formules standardisées et aux moyens de transmission des données entre le corps médical et les personnes protégées, l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé), les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention du 13 décembre 1993 conclue pour les médecins et liant l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie (actuellement la Caisse nationale de santé) telle qu'elle a été modifiée.

Vu les articles 61 à 67 du Code de la sécurité sociale,

vu la convention conclue en date du 13 décembre 1993 telle qu'elle a été modifiée dans la suite,

vu le cahier des charges visé à l'article 18 de la convention, faisant partie intégrante de celle-ci,

les parties soussignées, à savoir, l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, représentée par son Président, le Docteur Alain SCHMIT et son Secrétaire général, le Docteur Claude SCHUMMER,

d'une part,

et la Caisse nationale de santé instituée par 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 ce qui suit:

Art. 1er. L'article 27 du cahier des charges est modifié comme suit:

«Art. 27. Dans le cadre de la prescription d'actes et de services de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin prescripteur fait exclusivement usage de l'ordonnance standardisée «Ordonnance médicale: Kinésithérapie», telle que prévue par l'annexe technique «A» du présent cahier des charges.

Dans ce contexte, il veille à indiquer l'ensemble des informations y requises.»

Art. 2. L'annexe technique «A» du présent cahier des charges est complétée par le modèle de l'ordonnance type «Ordonnance médicale: Kinésithérapie», tel que joint en annexe du présent amendement.

Art. 3. Les dispositions ci-dessus entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

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

Fait à Luxembourg, le 28 novembre 2016, en deux exemplaires.

Pour l'Association des médecins
et médecins-dentistes

Le Président, *Le Secrétaire général,*
Dr Alain Schmit **Dr Claude Schummer**

Pour la Caisse nationale de santé
Le Président,
Paul Schmit

Dr. NOM Prénom
Spécialité

99, rue xxxx
L-1234 Luxembourg
Tél :+352 123 456

Code médecin :**901234-00**

Nom Prénom Personne protégée (facultatif)
Adresse
Adresse
Adresse

Matricule :_____
Nom patient :_____
Numéro accident :_____
Date accident :_____

Ordonnance Médicale : Kinésithérapie

Date : _____

Type ordonnance : ☐ Nouveau traitement ☐ Bilan ZB10 (type de traitement et nombre/fréquence à ne pas remplir) ☐ Prolongation

Type de traitement :

☐ Pathologie courante (max. 8 séances)

☐ Pathologie lourde (max. 64 séances)
Pathologie*: _____

☐ Rééducation post-chirurgicale (max. 32 séances)
Date intervention : _____

Nombre/Fréquence (à ne pas remplir pour ZB10)**:**
Nombre : ____séances Fréquence (facultatif) : ____séances/semaine

Traitement (actes non cumulables –une seule case peut être cochée):

☐ **ZK10** Rééducation orthopédique simple (une articulation périphérique)
Partie du corps* : _____
☐ **ZK11** Rééducation orthopédique complexe (tronc vertébrale ou plusieurs articulations périphériques)
Partie(s) du corps* : _____ _____ _____
☐ **ZK12** Rééducation respiratoire
☐ **ZK13** Rééducation du plancher pelvien
☐ **ZK14** Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre
☐ **ZK15** Rééd. concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc
☐ **ZK16** Drainage lymphatique manuel d'un membre
☐ **ZK17** Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres
☐ **ZB10** Bilan

Traitement à domicile
☐ **ZD10** Frais de déplacement

☐ Demande d'une fiche de synthèse

Remarque(s) :	**Signature/cachet du médecin**
_____	
_____	
_____	

*Indication obligatoire, listes détaillées au verso / Invalidation par le(s) prestataire(s) au verso

Invalidation par le prestataire 1 ☐ totalité des prestations délivrées ☐ annulée et remplacée par ordonnance du _____ ☐ partielle – nombre de séances prestées : _____ / _____	**Date/Signature/cachet**
Invalidation par le prestataire 2 ☐ totalité des prestations délivrées ☐ annulée et remplacée par ordonnance du _____ ☐ partielle – nombre de séances prestées : _____ / _____	**Date/Signature/cachet**
Champ libre à utiliser pour remarques ou en cas de plus que deux prestataires consécutifs	

En cas de succession de plusieurs prestataires, l'ordonnance partiellement invalidée est à remettre au patient qui la présentera au prochain prestataire pour continuation des soins. Après prestation de la dernière séance prévue ou en cas d'interruption du traitement, l'ordonnance invalidée de façon définitive est à remettre au patient qui est responsable de son archivage

Référentiels

Liste des pathologies lourdes (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante
L03	Arthrogrypose
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire
L05	Spondylarthrite ankylosante
L06	Myopathie
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive
L08	Paralysie
L09	Paraplégie
L10	Tétraplégie
L11	Hémiplégie
L12	Sclérose en plaques
L13	Sclérose latérale amyotrophique
L14	Infirmité motrice cérébrale
L15	Maladie de Parkinson
L16	Maladie d'Alzheimer
L17	Lymphoedème après chirurgie carcinologique

Liste des parties de corps (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
C01	Epaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Maxillaires
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx

La loi modifiée du 03 août 2002 est appliquée.

Editeur: Service Central de Législation, 43, boulevard F.-D. Roosevelt, L-2450 Luxembourg
Imprimeur: Association momentanée Imprimerie Centrale / Victor Buck