

CAHIER DES CHARGES

conclu en exécution de la

CONVENTION

entre

L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

et

***L'ENTENTE DES HOPITAUX
LUXEMBOURGEOIS***

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

Cahier des charges relatif aux messages standardisées ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les hôpitaux, les personnes protégées, l'union des caisses de maladie, les caisses de maladie, l'assurance contre les accidents et le contrôle médical de la sécurité sociale, établi conformément aux dispositions de la convention entre l'entente des hôpitaux luxembourgeois et l'union des caisses de maladie.

Messages standardisés

Art.1er. Les messages sous forme de documents ou d'enregistrements informatiques visés par le présent cahier des charges sont les suivants:

1. la déclaration d'entrée (annexe I),
2. la demande de prolongation (annexe II),
3. la déclaration de sortie (annexe III),
4. la déclaration du diagnostic de sortie (annexe IV),
5. la demande de renseignement (annexe V),
6. la déclaration de transfert (annexe VI),
7. la facture pour traitement ambulatoire (annexe VII),
8. la facture pour traitement stationnaire (annexe VIII),

Tous les messages visés par le présent cahier des charges s'appliquent dans les relations entre les assurés, le corps médical, le contrôle médical de la sécurité sociale, l'assurance maladie, l'association d'assurance contre les accidents et le dommage de guerre corporel.

Modalités d'emploi des formules sur papier

Art.2 Les formules doivent être remplies de façon complète d'après les exigences prévues par le présent cahier des charges.

Les anciennes formules préimprimées et les anciennes formules de source informatique non conformes au cahier des charges sont périmées et ne sont plus opposables à l'assurance maladie, si elles sont émises après les dates fixées à l'article 26 final du présent cahier des charges.

Déclaration d'entrée

Art.3 Lors de l'admission du patient en traitement stationnaire, l'hôpital émet à l'adresse de l'union des caisses de maladie la déclaration d'entrée. Un spécimen de cette déclaration fait l'objet de l'annexe I au présent cahier des charges.

Pour être complète elle doit comporter:

1. la date d'émission de la formule,
2. le code de la clinique suivi du check digit,
3. le nom et le prénom du patient,
4. le numéro matricule du patient,
5. la date et l'heure d'entrée,
6. le code suivi du check digit et le nom du médecin traitant ayant admis le patient,
7. le type d'admission,
8. le numéro ou la date de l'accident, s'il s'agit d'un accident relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents,
9. le mode d'entrée.

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

N: admissions non programmées,
P: admissions programmées.

Les codes alphabétiques utilisés pour documenter le type d'admission sont les suivants:

AP: hospitalisation en vue d'une intervention chirurgicale comportant un acte médical soumis à un accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale,
HE: hospitalisation en cas d'un simple hébergement en application de l'article 17, alinéa 2 du code des assurances sociales,
MT: hospitalisation en vue d'un accouchement,
ML: hospitalisation en vue du traitement d'un cas de maladie,
AD: hospitalisation en relation avec un accident privé ne relevant pas de la compétence de l'assurance contre les accidents,
AT: hospitalisation en relation avec un accident industriel, agricole ou forestier, scolaire ou assimilé relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents,
DG: hospitalisation dans le cas d'un traitement relevant de la compétence du dommage de guerre corporel.

Déclaration de sortie

Art.4 A la sortie du patient, l'hôpital communique à l'union des caisses de maladie la date de sortie en utilisant la formule de déclaration de sortie. Un spécimen de cette déclaration fait l'objet de l'annexe III au présent cahier des charges.

Pour être complète elle doit comporter:

1. la date d'émission de la formule,
2. le code de la clinique suivi du check digit,
3. le nom et le prénom du patient,
4. le numéro matricule du patient,
5. les dates et heures de la ou des période (s) accordée(s) depuis l'admission, pour chacune des périodes d'hospitalisation accordées depuis l'admission, le code suivi du check digit et le nom du médecin en fonction du changement du médecin traitant

Demande de prolongation

Art.5 Si l'accord pour traitement stationnaire vient à échéance, ou si le médecin traitant estime qu'il s'agit d'un cas d'hébergement, l'hôpital émet quatre jours ouvrables d'avance la demande de prolongation. Un spécimen de cette déclaration fait l'objet de l'annexe II au présent cahier des charges.

L'hôpital complète les données suivantes:

1. la date d'émission de la formule,
2. le code de la clinique suivi du check digit,
3. le nom et le prénom du patient,
4. le numéro matricule du patient,
5. les dates et heures de la ou des période(s) accordée(s) depuis l'admission,
6. pour chacune des périodes d'hospitalisation accordées depuis l'admission, le code suivi du check digit et le nom du médecin en fonction du changement du médecin traitant,

L'hôpital remet la demande de prolongation au médecin traitant qui complète les données suivantes:

1. le motif initial de l'hospitalisation,
2. la motivation médicale de la demande de prolongation,
3. la durée prévisible de la prolongation,
4. la date et la signature du médecin traitant demandant la prolongation.

Le médecin traitant remet deux jours ouvrables avant l'échéance de l'accord de prise en charge la demande de prolongation à l'hôpital qui la transmet au contrôle médical de la sécurité sociale.

La première échéance de demande de prolongation se situe trente jours après l'admission à l'hôpital. Les échéances de demandes de prolongation subséquentes se situent quinze jours après la date limite accordée lors de la prolongation précédente.

Sur avis conforme du contrôle médical de la sécurité sociale, les décisions d'accord de prolongation sont communiquées par l'union des caisses de maladie à l'hôpital, les décisions de refus ou de limitation à la personne protégée, au médecin traitant et à l'hôpital.

Déclaration du diagnostic

Art. 6 L'hôpital émet, conjointement avec la déclaration de sortie, la formule déclaration de diagnostic. Un spécimen de cette déclaration fait l'objet de l'annexe IV au présent cahier des charges.

Pour être complète, l'hôpital doit indiquer:

1. la date d'émission de la formule,
2. le code de la clinique suivi du check digit,
3. le nom et le prénom du patient,
4. le numéro matricule du patient,
5. les dates et heures de l'admission et de la sortie,
6. le mode de sortie.

Les codes numériques pour documenter le mode de sortie sont les suivants:

- transfert vers un autre hôpital luxembourgeois:

Centre hospitalier de Luxembourg,	01
Hôpital de la Ville d'Esch,	02
Clinique Saint Louis d'Ettelbruck,	03
Clinique Sainte Thérèse à Luxembourg	04
Clinique Sainte Elisabeth à Luxembourg,	05
Clinique Sacré-Coeur à Luxembourg,	06
Clinique d'Eich à Luxembourg,	07
Hôpital Princesse Marie-Astrid à Niederkorn,	08
Hôpital de la Ville de Dudelange,	09
Clinique Sainte Marie à Esch,	10
Hôpital régional du Nord à Wiltz,	11
Clinique Saint François à Luxembourg.	12
Hôpital intercommunal à Steinfort,	13
Hôpital Sacré-Coeur à Diekirch,	14

Clinique Dr Bohler à Luxembourg,	15
Hospice civil et clinique d'Echternach,	16
Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat à Ettelbruck,	17
Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle à Hamm	18
- retour à domicile:	50
- transfert vers un hôpital à l'étranger.	51
- transfert vers un établissement de long séjour.	52
- décédé:	53
- autre destination:	99

La déclaration du diagnostic est remise au médecin ayant décidé de l'élargissement de la personne protégée.

Le médecin en cause doit indiquer:

1. le code du diagnostic principal ainsi que, le cas échéant, les codes des diagnostics complémentaires selon la liste des diagnostics par catégories à trois caractères de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, dont un exemplaire fait l'objet de l'annexe IX au présent cahier des charges,
2. le code du médecin ayant complété la formule,
3. la date et la signature du médecin.

Le médecin traitant transmet la déclaration de diagnostic au contrôle médical de la sécurité sociale

Une copie de la déclaration de diagnostic dûment complétée est transmise par le médecin à l'administration de l'hôpital selon des modalités à convenir avec le corps médical.

Toutefois l'hôpital ne pourra en aucun cas être tenu responsable du refus ou de l'omission du médecin de transmettre ou d'indiquer les mentions spécifiées à l'alinéa 4 du présent article. A ce titre les formules seront pleinement opposables à l'union des caisses de maladie nonobstant le refus ou l'omission du médecin d'indiquer les mentions précitées.

Demande de renseignement

Art. 7 Tant que la liaison informatique entre les hôpitaux visée par la convention d'une part et le Centre informatique de la sécurité sociale de l'autre n'est pas réalisée, l'union des caisses de maladie communique par fax les demandes de renseignements et d'informations de l'hôpital moyennant la formule dont un spécimen fait l'objet de l'annexe V au présent cahier des charges

Cette communication se fera au plus tard dans les deux jours ouvrables suivant la demande d'information ou de renseignement adressée par les hôpitaux à l'union des caisses de maladie pour les données dont elle dispose immédiatement et dans les meilleurs délais pour celles qu'elle doit recueillir auprès d'autres administrations.

Déclaration de transfert temporaire au courant d'une même journée

Art. 8 Si le patient est transféré au cours d'une même journée vers un hôpital pour y recevoir des soins qui ne peuvent pas être dispensés dans l'hôpital d'origine, aucune déclaration de sortie n'est à émettre au cas où le patient retourne avant minuit.

L'hôpital vers lequel le patient est transféré temporairement au courant d'une même journée émet obligatoirement à l'union des caisses de maladie la formule de déclaration de transfert dont un spécimen fait l'objet de l'annexe VI au présent cahier des charges en lieu et place de la déclaration d'entrée et de sortie dans les cas où le patient retourne à l'hôpital d'origine avant minuit, et uniquement si le patient est admis dans une unité d'hospitalisation.

Transmission des données relatives au traitement stationnaire

Déclarations d'entrée et de sortie

Art.9 Les données relatives à la déclaration d'entrée et de la sortie en cas de traitement stationnaire peuvent être transmises par trois moyens.

1. sur support papier en utilisant les formulaires faisant l'objet de l'annexe I et III au présent cahier des charges,
2. par saisie directe dans l'application dite "prestations en nature 2" (PEN2) du centre informatique de la sécurité sociale,
3. une fois par semaine par transmission d'un fichier informatique.

Art. 10 Pour les hôpitaux optant pour la troisième solution prévue à l'article qui précède et dont l'équipement informatique le permet, les données relatives à l'entrée et à la sortie peuvent être transmises vers l'union des caisses de maladie par voie informatique et par ligne directe sans utilisation de support papier. Le nom du fichier sera C (pour clinique), les quatre positions du code fournisseur, D (pour déclaration).

Le lay out du fichier à transmettre est le suivant.

Position	Code	Nbre de bytes	Num alph. a./nu	Libellé
----------	------	---------------	-----------------	---------

Enregistrement entête:

1	CH10-VER	1	N	Version du lay out
2 - 3	CH10-TYPE	2	N	Type enregistrement (10)
4 - 5	CH10-CC	2	N	Code organisme : toujours 17
6 - 11	CH10-CL	6	N	Code fournisseur de l'hôpital (700000)
12 - 22	CH10-PAT	11	N	Matricule du patient AAAAMMJ000
23 - 31	CH10-NR	9	A/N	Numéro d'admission du patient
32 - 39	CH10-PERDEC	8	N	Date de la transmission: AAAMMJ
40 - 47	CH10-ENTREE	8	N	Date d'entrée : AAAAMMJ
48 - 51	CH10-HEUENT	4	N	Heure d'entrée : HHMM
52 - 53	CH10-MODE	2	A/N	Mode d'entrée:
				N: non programmée
				P. programmée
54 - 55	CH10-TYPADM	2	A	Type d'admission
				AP = traitement avec accord préalable
				HE = hébergement
				MT = maternité
				ML = maladie
				AT = accident relevant de l'assurance accident
				AD = accident ne relevant pas de l'assurance accident

				DG = dommage de guerre corporel
56 - 63	CH10-DATACC	8	A/N	Date de l'accident : AAAAMMJJ
64 - 73	CH10-NUACC	10	A/N	Numéro de l'accident
			A	U = AAI L = AAA
			N	Année de l'accident : AAAA
			N	Numéro courant de l'accident
74 - 81	CH10-SORTIE	8	N	Date de sortie : AAAAMMJJ
82 - 85	CH10-HEUSOR	4	N	Heure de sortie : HHMM
86 - 87	CH10-SEM	2	N	Semaine de l'envoi du fichier
88 - 90	CH10-REF	3	N	Motif du refus

Enregistrement détail:

1	CH20-VER	1	N	Version du lay out
2 - 3	CH20-TYPE	2	N	Type enregistrement (20)
4 - 5	CH20-CC	2	N	Code organisme . toujours 17
6 - 11	CH20-CL	6	N	Code fournisseur de l'hôpital (700000)
12 - 22	CH20-PAT	11	N	Matricule du patient AAAAMMJJ000
23 - 31	CH20-NR	9	A/N	Numéro d'admission du patient
32 - 39	CH20-MED	8	N	Code médecin traitant + check digit
40 - 47	CH20-ENTREE	8	N	Date d'entrée . AAAAMMJJ
48 - 51	CH20-HEUENT	4	N	Heure d'entrée . HHMM
52 - 59	CH20-SORTIE	8	N	Date de sortie : AAAAMMJJ
60 - 63	CH20-HEUSOR	4	N	Heure de sortie : HHMM

Lors du traitement du fichier par les services de l'union des caisses de maladie la zone 88 - 90 (Motif du refus) est complétée et le fichier est retourné à l'hôpital par ligne directe. Le nom du fichier retourné est complété par la lettre R (retour).

Facturation

Identification des unités d'oeuvre

Art.11 Le code tarif servant à l'identification de l'unité d'oeuvre se compose de quatre éléments:

1. Les positions 1-2 renseignent sur le code des entités fonctionnelles définies à l'article 9 de la convention.
2. Les positions 3-4 ouvrent la possibilité d'extension ou de subdivision de l'entité fonctionnelle.
3. Les positions 5-8 contiennent un numéro séquentiel de passage par jour et par entité fonctionnelle permettant une identification unique et définitive
4. Les positions 9 et 10 contiennent le code déterminant la provenance de la demande de prestation.

Les codes numériques pour documenter la provenance de la demande de prestation sont les suivants:

Médecin rattaché à l'hôpital	00
Centre hospitalier de Luxembourg,	01
Hôpital de la Ville d'Esch,	02
Clinique Saint Louis d'Ettelbruck,	03
Clinique Sainte Thérèse à Luxembourg,	04
Clinique Sainte Elisabeth à Luxembourg,	05
Clinique Sacré-Coeur à Luxembourg,	06
Clinique d'Eich à Luxembourg,	07

Hôpital Princesse Marie-Astrid à Niederkorn,	08
Hôpital de la Ville de Dudelange,	09
Clinique Sainte Marie à Esch,	10
Hôpital régional du Nord à Wiltz,	11
Clinique Saint François à Luxembourg	12
Hôpital intercommunal à Steinfert,	13
Hôpital Sacré-Coeur à Diekirch,	14
Clinique Dr Bohler à Luxembourg,	15
Hospice civil et clinique d'Echternach,	16
Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat à Ettelbruck,	17
Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle à Hamm.	18
Laboratoires privés	19
Autre médecin non rattaché à l'hôpital	20
Autre provenance	99

Art.12 Les hôpitaux ne disposant pas d'un système de facturation informatique utilisent exclusivement les factures dont deux modèles font l'objet de l'annexe VII et de l'annexe VIII au présent cahier des charges selon qu'il s'agit d'un traitement ambulatoire ou d'un traitement stationnaire.

Art.13 Pour les hôpitaux disposant d'un système de facturation informatique la transmission des données se fait exclusivement sur support informatique.

Le fichier informatique regroupe les frais variables tant pour traitement ambulatoire que pour traitement stationnaire.

Moyens informatiques de transmission

Art.14 Les moyens informatiques de transmission du fichier de facturation utilisables sont les suivants:

1. Bandes magnétiques d'un demi pouce avec 9 pistes en 6250 ou 1600 bpi.
2. Disquettes MSDOS version supérieure à 3.1 de 3 1/2 pouces en double ou haute densité.
3. Cassettes : IBM 3480 ou QIC24 sous UNIX TAR
4. Transmission par ligne directe.

Art.15 Les données transmises par bandes magnétiques sont encodées en EBCDIC. Le fichier a une longueur d'enregistrement fixe de 153 bytes. La longueur du bloc est de 1530 bytes. Les bandes doivent contenir des labels standards.

Contenu du VOL1:

Pos 5	C pour les décomptes des hôpitaux
Pos 6-9	4 dernières positions du code fournisseur
Pos 10	P pour la préfacturation, S pour la facturation définitive.

Contenu du HDR1:

Pos 5 -6	B.
Pos 7 - 12 .	contenu identique aux positions 5 à 10 du VOL1

Art.16 Les données transmises sur disquettes sont encodées en ASCII.

Le fichier a une longueur d'enregistrement fixe de 153 bytes

Chaque enregistrement se termine par un CARRIAGE RETURN LINE-FEED.

Le nom du fichier est C suivi des quatre dernières positions du code fournisseur

Si la présentation du fichier nécessite plusieurs disquettes, le nom du fichier est C suivi des quatre dernières positions du code fournisseur, suivi d'un point et du numéro à trois chiffres de la disquette. Le fichier ne devra pas être comprimé par quelque moyen que ce soit.

Art.17 Pour les données transmises par ligne directe le nom du fichier à transmettre est in/pre.C (pour clinique) suivi des quatre derniers chiffres du code fournisseur de la clinique pour la préfacturation et in/esi. C (pour clinique) suivi des quatre chiffres du code fournisseur de la clinique pour la facturation définitive.

Après traitement par l'union des caisses de maladie les fichiers sont retournés. Les zones ESI20-REF (positions 149 - 151) sont complétées et le nom du fichier est complété par la lettre R.

Remarques générales

Art 18 Les zones numériques sont ajustées à droite avec les zéros non significatifs présents. Ces zéros non significatifs peuvent être remplacés par des blancs.

Les zones alphanumériques ou alphabétiques sont ajustées à gauche.

Les enregistrements sont à présenter dans le même ordre que le relevé prévu à l'article 20 ci-après, soit dans l'ordre du numéro matricule du patient, soit dans l'ordre du numéro de la facture.

Layout du fichier facturation

Art. 19 Le layout du fichier facturation est le suivant:

Position	Code	Nbre de bytes	Num Alph A/N	Libellé
----------	------	---------------	--------------	---------

Enregistrement entête

1-48

Clé de l'enregistrement

1-2	ESI10-CC	2	N	Code organisme . toujours 17
3-8	ESI10.CL	6	N	Code fournisseur de l'hôpital (700000)
9-19	ESI10-PAT	11	N	Matricule du patient AAAAMMJJ000
20-21	ESI10-ENR	2	N	Type enregistrement (10)
22-30	ESI10-NR	9	A/N	Numéro d'admission du patient
31-40	ESI10-CMCM	10	A/N	Numéro de la caisse chirurgicale
41-48	ESI10-PERDEC	8	N	Mois du décompte AAAAMMJJ

49-74

Dates entrée et sortie de l'hôpital

Date début ou date fin du décompte

49-56	ESI10-ENTREE	8	N	Date d'entrée : AAAAMMJJ
57-60	ESI10-HEUENT	4	N	Heure d'entrée : HHMM
61-68	ESI10-SORTIE	8	N	Date de sortie : AAAAMMJJ
69-72	ESI10-HEUSOR	4	N	Heure de sortie : HHMM
73-74	ESI10-TYPADM	2	A	Type d'admission
				AP = traitement avec accord préalable
				HE = hébergement
				MT = maternité
				ML = maladie
				AD = traitement ne relevant pas de l'assurance accident
				AT = accident relevant de l'assurance accident
				DG = dommage de guerre corporel

75-92**Concerne seulement AAI ou AAA**

75-82	ESI10-DATACC	8	A/N	Date de l'accident : AAAAMMJJ
83-92	ESI10-NUMACC	10	A/N	Numéro de l'accident
83			A	U = AAI L = AAA
84-87			N	Année de l'accident : AAAA
88-92			N	Numéro courant de l'accident

93-94**Genre du traitement**

93-94	ESI10-CLASSE	2	A/N	Classe
				A = ambulatoire
				H1 = classe 1
				H2 = classe 2
				H4 = chimiothérapie ambulatoire
				HI = soins intensifs
				HE = hébergement

95-137**Facture**

95-104	ESI10-FACTUR	10	A/N	Numéro de la facture
105-120		16		zéros
121-127	ESI10-TOTPAT	7	N	Somme des zones ESI20-MONCAI par patient
128-134	ESI10-TOTREM	7	N	Montant remboursé
135-137	ESI10-CAUREF	3	N	Numéro identifiant la cause du refus

Enregistrement détail**1-30****Clé de l'enregistrement**

1-2	ESI20-CC	2	N	Code organisme (17)
3-8	ESI20-CL	6	N	Code fournisseur de l'hôpital (700000)
9-19	ESI20-PAT	11	N	Matricule du patient
20-21	ESI20-ENR	2	N	Type enregistrement (20)
22-30	ESI20-NR	9	A/N	Numéro d'admission du patient

31-151**Prestation**

31-40	ESI20-ACTE	10	A/N	Code de l'acte (code tarif)
41-48	ESI20-DTEDEB	8	N	Date début de la prestation : AAAAMMJJ
49-52	ESI20-HEUDEB	4	N	Heure début de la prestation : HHMM

53-60	ESI20-DTEFIN	8	N	Date fin de la prestation : AAAAMMJJ
61-64	ESI20-HEUFIN	4	N	Heure fin de la prestation : HHMM
65-67	ESI20-NOMBRE	3	N	Nombre des prestations
68-74	ESI20-BRUT	7	N	Montant brut y compris la participation
75-81	ESI20-MONCAI	7	N	Montant net à charge de l'UCM
82-92		11	N	zéros
93-93	ESI20-RCAM	1	N	Code RCAM
94-103	ESI20-ACTINT	10	A/N	Référence à la nomenclature
104-109	ESI20-PRESTA	6	N	Code du prestataire : 700000
110-115	ESI20-PRESCR	6	N	Code du prescripteur : 900000
116-119	ESI20-NUMCOU	4	N	Numéro courant de l'enregistrement
120-127	ESI20-DTEORD	8	N	Date de l'ordonnance
128-135	ESI20-DTEVAL	8	N	Date validité de l'ordonnance
136-137		2	N	zéros
138-141	ESI20-TITCHA	4	N	Numéro du titre de prise en charge
142-148	ESI20-MONREM	7	N	Montant remboursé
149-151	ESI20-CAUREF	3	N	Numéro identifiant la cause du refus

Enregistrement total

1-30

Clé partielle

1-2	ESI30-CC	2	N	Code organisme (17)
3-8	ESI30-CL	6	N	Code fournisseur de l'hôpital (700000)
9-19		11		zéros
20-21	ESI30-ENR	2	N	Type enregistrement (30)
22-30		9		zéros

31-69

Total du décompte

31-48		18		zéros
49-57	ESI30-TOTCAI	9	N	Total des zones ESI-MONCAI de tous les patients
58-66	ESI30-TOTREM	9	N	Montant total remboursé
67-69	ESI30-CAUREF	3	N	Numéro identifiant la cause du refus

Relevé des factures

Art.20 En dehors des factures individuelles ou du fichier informatique, les hôpitaux présentent un relevé de format DINA4, en double exemplaire, renseignant le code et le nom de l'hôpital, la date d'émission, le mois et l'année du décompte. Le relevé comporte au minimum par personne protégée un numéro courant, le numéro matricule de la personne protégée, le numéro de la facture, un sous total par page et le total général du montant opposable à union des caisses de maladie. Celui-ci doit correspondre avec le montant total figurant sur le support informatique sous ESI30-TOTCAI (positions 49-57 de l'enregistrement total). La suite du relevé est la même que celle du support informatique, soit par ordre du numéro matricule de la personne protégée, soit par ordre du numéro de la facture.

Transmission des unités d'oeuvre non opposables

Art.21 Deux fois par an les hôpitaux transmettent à l'union des caisses de maladie les unités d'oeuvre non opposables, constatées ou converties, en utilisant les moyens de transmission décrits

aux articles 11 à 19 ci-devant. Afin de garantir l'anonymat des données transmises les hôpitaux utilisent le numéro matricule fictif 39000101269. Les unités d'oeuvre relatives aux mois de janvier à juin sont transmises au plus tard pour le 1er octobre de l'année en cours, celles relatives aux mois de juillet à décembre au plus tard pour le 1er avril de l'année subséquente.

Fichiers externes

Art.22 L'union des caisses de maladie met pour consultation à la disposition des hôpitaux un fichier renseignant sur les personnes protégées affiliées et sur les accidents relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents, ainsi qu'un fichier des codes des médecins et des médecins dentistes et un fichier des nomenclatures officielles prévues à l'article 61 du code des assurances sociales.

Art.23 Le fichier renseignant sur les personnes protégées affiliées et sur les accidents relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents est mis à disposition des hôpitaux budgétisés par une application de télétraitement installée dans le système du Centre informatique de la sécurité sociale permettant la consultation par télétraitement 24 heures sur 24 heures.

Ce fichier se compose.

1. du numéro matricule de la personne protégée affiliée pour la date de la consultation,
2. du nom, du nom marital, des prénoms et de l'adresse de la personne protégée,
3. du code de la caisse de maladie compétente,
4. de la date des accidents relevant de la compétence de l'assurance contre les accidents,
5. du numéro de l'accident et d'un code renseignant si la responsabilité de l'assurance contre les accidents est engagée ou non: A = accident reconnu, B = accident décliné, C = décision en suspens.

Le programme de télétraitement permet la recherche par matricule, par date de naissance et par nom et prénom.

Le fichier est mis à jour journallement.

Lors de la liquidation des unités d'oeuvre l'union des caisses de maladie tient compte des données contenues dans le fichier mis à disposition des hôpitaux pour déterminer l'opposabilité notamment en matière d'affiliation.

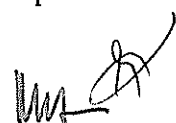
Le premier jour ouvrable de chaque semaine l'union des caisses de maladie met à disposition de chaque hôpital un listing des cas consultés lors de la semaine écoulée.

Art.24 Le fichier des codes des médecins et des médecins dentistes est mis une fois par mois à disposition de l'Entente des hôpitaux qui est chargée de la distribution aux différents hôpitaux.

Art.25 Le fichier des nomenclatures officielles prévues à l'article 61 du code des assurances sociales est mis à disposition de l'Entente des hôpitaux qui est chargée de la distribution aux différents hôpitaux lors de chaque mise à jour.

Art.26 La mise en vigueur des messages standardisés prévus à l'article 1er du présent cahier des charges est arrêtée d'un commun accord au 1er juillet 1997.

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



Fait à Luxembourg, le 5 mai 1997, en deux exemplaires

Pour l'union des caisses de maladie,

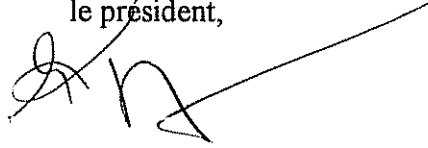
le président,



Robert Kieffer

Pour l'entente des hôpitaux luxembourgeois,

le président,



Marc Koppes

le secrétaire général,



Marc Hastert

ANNEXE I
dénomination de l'hôpital

Code Clinique:
Date d'émission :

DECLARATION D'ENTREE

(à adresser à l'union des caisses de maladie)

PATIENT

Nom marital: _____ Matricule patient: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

ASSURE

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

Nom marital: _____ Matricule assuré: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

DATE D'ENTREE

DATE heure

MEDECIN TRAITANT

CODE NOM

TYPE D'ADMISSION

(cocher la case qui convient)

MALADIE

ACM ou APCM

☐

AP

Hébergement

☐

HE

Maternité

☐

MT

Maladie

☐

ML

**DOMMAGE DE
GUERRE CORPOREL**

☐

DG

ACCIDENT

Accident
(industriel/agricole/forestier/scolaire)

☐

AT

Date accident: _____

N° accident: _____

Accident ne relevant pas de la
compétence de l'assurance accidents

☐

AD

MODE D'ADMISSION

(cocher la case qui convient)

admission non programmée :

☐

N

admission programmée :

☐

P

Réservé au CMSS

Réservé à l'UCM

Motif du refus : _____

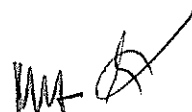
Date : _____

Date : _____

Cachet/signature

Cachet/signature

K



DEMANDE DE PROLONGATION

(à adresser au contrôle médical de la sécurité sociale)

PATIENT

Nom marital: _____ Matricule patient: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

ASSURE

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

Nom marital: _____ Matricule assuré: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

PERIODES DE SEJOUR

DU		AU	
DATE	heure	DATE	heure

MEDECIN TRAITANT

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

MOTIF INITIAL DE L'HOSPITALISATION

MOTIVATION MEDICALE DE LA PROLONGATION

DUREE PREVISIBLE DE LA PROLONGATION

Signature du médecin traitant

_____, le _____

cachet/signature

Réservé au CMSS

Réservé à l'UCM

Motif du refus :

Date :

Date :

Cachet/signature

Cachet/signature

DECLARATION DE SORTIE

(à adresser à l'union des caisses de maladie)

PATIENT

Nom marital: _____ Matricule patient: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

ASSURE

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

Nom marital: _____ Matricule assuré: _____
Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____
Prénoms: _____ Numéro d'admission: _____
Adresse: _____ Localité: _____

PERIODES DE SEJOUR

MEDECIN TRAITANT

DU
DATE
heure

AU
DATE
heure

CODE
NOM

Réservé au CMSS

Réservé à l'UCM

Motif du refus : _____

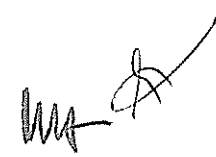
Date : _____

Cachet/signature

Date : _____

Cachet/signature

K



DECLARATION DU DIAGNOSTIC DE SORTIE
(à adresser au contrôle médicale de la sécurité sociale)

PATIENT

Nom marital:	_____	Matricule patient:	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

ASSURE

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

Nom marital:	_____	Matricule assuré	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

PERIODE DE SEJOUR

MODE DE SORTIE

ENTREE		SORTIE	
DATE	heure	DATE	heure

(indiquer le code correspondant)

Transfert vers un autre hôpital luxembourgeois

DIAGNOSTIC

(ICD10, 3 caractères)

(cocher la case appropriée)

Retour au domicile

50

1

Transfert vers un hôpital à l'étranger

51

2

Transfert vers un établissement de long séjour

52

3

Décédé

53

4

Autre destination

99

CODE MEDECIN :

SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT

_____, le

_____/ signature

K.



DEMANDE DE RENSEIGNEMENT

à adresser à l'union des caisses de maladie

FAX 498332

PATIENT

Nom marital:	_____	Matricule patient:	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

ASSURE

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

Nom marital:	_____	Matricule assuré	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

DATE D'ENTREE

DATE heure

(à compléter par l'hôpital / cocher la case qui convient)

Numéro matricule	<input type="checkbox"/>
Affiliation	<input type="checkbox"/>
Inscription (E111, E112, etc.)	<input type="checkbox"/>
Numéro d'accident	<input type="checkbox"/>
Date de l'accident	<input type="checkbox"/>

(réservé à l'union des caisses de maladie)

matricule

affiliation en règle à partir du

matricule

durée de validité

numéro de l'accident

date de l'accident

_____, le _____

Luxembourg, le _____

cachet/signature

signature



ANNEXE VIII
dénomination de l'hôpital

Code Clinique:
Date d'émission :
Date d'émission de la copie:

--

Matricule du patient :

Nom du patient

Numéro d'admission

numéro accident:

Date accident:

FACTURE No

du

HOSPITALISATION

Code tarif	Hospitalisation du / au				Nbr	Prix unitaire	Montant
	date	heure	date	heure			Org. ass.
TOTAL:							

K

MF-2

DECLARATION DE TRANSFERT

(à adresser à l'union des caisses de maladie)

PATIENT

Nom marital:	_____	Matricule patient:	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

ASSURE

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

Nom marital:	_____	Matricule assuré:	_____
Nom de jeune fille:	_____	Date de naissance	_____
Prénoms:	_____	Numéro d'admission	_____
Adresse:	_____	Localité	_____

ENTREE

DATE

heure

SORTIE

DATE

heure

Code du médecin traitant: _____

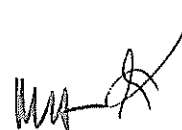
Réservé à l'UCM

Motif du refus : _____

Date : _____

Cachet/signature

K



ANNEXE VII
dénomination de l'hôpital

Code Clinique:
Date d'émission :
Date d'émission de la copie:

--

Matricule du patient :

Nom du patient

numéro accident:

Date accident:

Médecin prescripteur

Date de l'ordonnance

FACTURE No

du

Traitement ambulatoire

Code tarif	Prestation		Réf. nomencl.	Montant Org.ass.
	date	heure		
TOTAL/sous-total				

Total				

K

MAH