

Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes diplômés

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

Texte coordonné applicable à partir du 05.05.2017

Historique

| | Mémorial | Modifications | Mise en vigueur |
|----|--|--|-----------------|
| 1. | Mémorial A n° 266 du 21.12.2016, p. 4688 | <ul style="list-style-type: none">Nouvelle convention | 01.01.2017 |
| 2. | Mémorial A n° 555 du 07.06.2017 | <ul style="list-style-type: none">Articles 1, 2, 3, 8, 9, 37 et 39 | 05.05.2017 |

Prestataires de soins

Art. 1. La présente convention s'applique aux masseurs-kinésithérapeutes, exerçant leur profession à titre libéral ou en tant que salarié

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-maternité et l'assurance accident 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-maternité ou par l'assurance accident 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.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé délivrant à quelque titre que ce soit des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'une structure à visée commerciale.

Attribution du code prestataire et déclaration d'une relation salariale

Art. 2.

1° Attribution d'un code individuel à un prestataire

Avant de dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité 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 exercer son activité, ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, bancaires et son adresse courriel.

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

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 » 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 font 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 masseurs-kinésithérapeutes 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° Déclaration d'une relation salariale

Avant le début de l'activité, le masseur-kinésithérapeute salarié doit déclarer sa relation salariale avec chaque employeur auprès de la CNS. La déclaration précise le code prestataire valide de l'employeur, la date de début de la relation salariale et elle doit être signée par le masseur-kinésithérapeute salarié et par son employeur.

En cas de cessation de la relation de travail, la CNS en doit être informée par écrit.

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 d'exercer au sein d'un cabinet de kinésithérapie conforme à l'article 10 de la présente convention à chaque adresse géographique professionnelle, le masseur-kinésithérapeute peut exercer sa profession à titre individuel, en association ou en tant que salarié.

Est considérée 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-maternité 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-maternité dans l'enceinte d'une structure à visée commerciale.

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 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 d'exercer au sein 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 m². 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 comporter :

- 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 réglementaires.

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 réglementaires. 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 contre les accidents;
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 sécurité 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 sécurité sociale et procède à l'émission d'une décision du président ou de son délégué. 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 été 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 prévues 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, réglementaires et conventionnelles.

Intervention forfaitaire annuelle

Art. 37. La CNS accorde un forfait annuel pour frais informatiques à chaque cabinet de kinésithérapie qui participe à 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 un des masseurs-kinésithérapeutes du cabinet 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 au sein du cabinet de kinésithérapie d'au moins deux mille (2.000) prestations opposables à l'assurance maladie maternité et l'assurance accident 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 s'élève à 1.600 euros par cabinet.

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 1^{er} janvier 2017 et s'applique pour toute prestation délivrée après le 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} juillet 2017.

A partir du 1^{er} 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 1^{er} sous 2°.

4° 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.

5° Pour 2017 et 2018, le montant du forfait annuel pour frais informatiques prévu à l'article 37 est majoré de 50%.

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