

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



**MEMORIAL**  
Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

---

**RECUEIL DE LEGISLATION**

---

A — N° 223

30 décembre 2005

---

Sommaire

Règlement ministériel du 21 décembre 2005 relatif à la vérification périodique du service de métrologie de l'année 2006. ....	page 3742
Loi du 23 décembre 2005 relative à l'affectation du résultat du compte général de l'exercice 2003 .....	3743
<b>Amendement</b>	
1. de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales concernant les médecins,	
2. 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, les caisses de maladie, l'Assurance contre les accidents et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention 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 .....	3743

---

**Règlement ministériel du 21 décembre 2005 relatif à la vérification périodique  
du service de métrologie de l'année 2006.**

*Le Ministre des Finances,*

Vu les articles 10 et suivants de l'arrêté royal grand-ducal du 30 mai 1882 pour l'exécution de la loi sur les poids et mesures;

Vu l'article 13, alinéa 1 du règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 1992 portant application de la directive 90/384/CEE du Conseil du 20 juin 1990 concernant l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux instruments de pesage à fonctionnement non automatique;

Arrête:

**Art. 1<sup>er</sup>.** (1) Pendant l'année 2006 la vérification ordinaire périodique des poids, mesures, instruments de pesage et ensembles de mesurage de carburants aura lieu pour les communes indiquées aux lieux et dates prévus ci-après:

Communes visées par la vérification périodique de l'année 2006	Lieu et date des séances de vérification pour les poids, mesures et pèse-personnes utilisés dans la pratique médicale		Date et durée des séances de vérification au lieu d'installation pour les balances, bascules et ensembles de mesurage de carburants
Mamer, Bertrange, Kehlen, Kopstal et Strassen les communes . . . . .	Mamer	7 mars, de 10 heures à midi	du 7 au 27 mars
Steinfort, Hobscheid, Koerich et Septfontaines les communes . . . . .	Steinfort	28 mars, de 10 heures à midi	du 28 mars au 7 avril
Pétange, Bascharage, Clemency, Differdange, Dippach, Garnich, Reckange-sur-Mess et Sanem les communes . . . . .	Pétange	25 avril, de 10 heures à midi	du 25 avril au 29 mai
Esch-sur-Alzette, Kayl, Mondercange, Rumelange et Schiffange les communes . . . . .	Esch/Alzette	30 mai, de 10 heures à midi	du 30 mai au 13 juillet
Bettembourg, Frisange, Hesperange, Leudelage, Roeser et Weiler-la-Tour les communes . .	Bettembourg	19 septembre, de 10 heures à midi	du 19 septembre au 11 octobre
Dudelange la commune . . . . .	Dudelange	12 octobre, de 10 heures à midi	du 12 au 27 octobre et du 6 au 13 novembre
Steinsel et Walferdange les communes . . . . .	Steinsel	14 novembre, de 9 heures à midi	du 14 au 17 novembre

(2) Le contrôle métrologique des ensembles de mesurage montés sur les camions-citernes destinés au transport routier et à la livraison des combustibles liquides aura lieu dans les locaux du service de métrologie aux dates de vérification prévues à l'alinéa 1 en ce qui concerne les communes visées.

**Art. 2.** A cette occasion les administrations communales auront à remplir les devoirs qui leur sont prescrits par les dispositions ci-après, transcrites de l'arrêté royal grand-ducal du 30 mai 1882:

«**Art. 11.** Aussitôt que les bourgmestres ont reçu l'arrêté (qui ordonne la vérification des poids et mesures), ils en donnent connaissance aux assujettis par voie d'affiche; ils les font en outre prévenir à domicile deux jours d'avance de l'arrivée du vérificateur, afin qu'aucun des intéressés ne puisse prétexter d'ignorance.

**Art. 12.**... Au plus tard dans la huitaine de l'arrêté ils adresseront au Directeur des Contributions une liste indiquant exactement avec leurs professions les marchands, industriels et autres personnes qui sont dans le cas de faire vérifier

leurs poids et mesures. Si le bourgmestre néglige de dresser la liste, elle est établie à ses frais par un commissaire spécial, conformément à l'art. 108 de la loi communale du 13 décembre 1988.

**Art. 13.** L'administration communale du lieu où doivent se tenir les séances de la vérification périodique fournira à cet effet un local convenable et bien approprié avec les meubles indispensables. Si elle n'y satisfait pas ou si elle refuse le concours de ses agents, le siège des opérations pourra par la suite être transféré dans une autre commune. Le vérificateur pourra, le cas échéant, pour satisfaire les intéressés convoqués, louer d'urgence et aux frais de la commune un local et l'assistance nécessaire, après avoir fait sans effet immédiat sa réclamation verbale à un membre ou à un agent de l'administration communale.

**Art. 14.** Deux personnes, dont au moins un agent de police, appariteur ou garde-champêtre, assistent aux séances, maintiennent l'ordre et prêtent leur concours aux opérations.- Un membre de l'administration communale peut également y être délégué.»

**Art. 3.** Une vignette verte portant les deux derniers chiffres de l'année (06) entourés d'une couronne est employée pour le marquage des instruments admis. La marque de refus est constituée d'une vignette rouge portant la lettre R en caractère majuscule. Lorsque l'apposition d'une vignette n'est pas appropriée, le marquage est réalisé par l'insculpation d'un poinçon sur une plaquette de plomb fixée à l'instrument.

**Art. 4.** Le présent règlement sera inséré au Mémorial et affiché dans les communes intéressées.

Luxembourg, le 21 décembre 2005.

*Le Ministre des Finances,*  
**Jean-Claude Juncker**

### **Loi du 23 décembre 2005 relative à l'affectation du résultat du compte général de l'exercice 2003.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Notre Conseil d'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre de Députés du 15 décembre 2005 et celle du Conseil d'Etat du 23 décembre 2005 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

**Article unique.** L'excédent des recettes de l'exercice budgétaire 2003 est affecté, à charge de cet exercice budgétaire, pour un montant total de 79 millions EUR à l'alimentation des fonds spéciaux ci-après :

- Fonds pour l'emploi: 40.000.000 EUR
- Fonds de la dette publique: 39.000.000 EUR

Le solde restant de l'excédent des recettes est porté au crédit du compte «report du solde des recettes et des dépenses courantes et en capital».

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*Le Ministre du Trésor et du Budget,*  
**Luc Frieden**

Villars-sur-Ollon, le 23 décembre 2005.  
**Henri**

Doc. parl. 5398; sess. ord. 2004-2005 et 2005-2006

### **Amendement**

- 1. de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales concernant les médecins,**
- 2. 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, les caisses de maladie, l'Assurance contre les accidents et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention 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.**

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

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 Joe WIRTZ et son Secrétaire général, le Docteur Daniel MART,  
d'une part,  
et l'Union des caisses de maladie instituée par l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son Président, Monsieur Robert KIEFFER,  
d'autre part,  
ont convenu l'amendement de la convention et du cahier des charges mentionnés ci-dessus comme suit:

### **Titre I. Amendement de la convention**

**§ 1.** *L'article 19 prend la teneur suivante:*

**Art. 19.** Le cahier des charges visé à l'article 18 fait partie intégrante de la présente convention. Il est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties. La commission est également compétente pour décider, en cas de contestation, de la conformité des formules standardisées lorsque celles-ci sont réalisées par des moyens informatiques et bureautiques individuels du médecin.

En outre, la commission propose aux parties à la convention l'adaptation périodique des frais engagés pour les formules standardisées visées à l'article 20. Cette adaptation se fait d'après une méthodologie adoptée entre parties qui prend en compte l'évolution du marché spécifique de la branche de l'imprimerie.

En cas de désaccord entre les parties au sujet de cette adaptation, les parties s'en remettent à la proposition faite par un expert du Service des Imprimés de l'Etat, commis comme expert.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées au cahier des charges.

**§ 2.** *L'article 20 prend la teneur suivante:*

**Art. 20.** Chaque médecin est libre de se procurer les formules visées à l'article 18 par le moyen qu'il juge le plus approprié à condition que les formules utilisées correspondent aux normes fixées au cahier des charges.

Dans les limites de la présente convention, le coût des formules standardisées est pris en charge par l'assurance maladie. A cet effet le médecin demande la prise en charge des frais individuellement ou selon une procédure collective. La prise en charge peut être demandée et gérée par un mandataire du médecin qui se déclare en tant que tel auprès de l'Union des caisses de maladie.

Lorsque le médecin réalise lui-même les formules sans l'intervention d'un tiers, il est tenu indemne de ses frais par la restitution à charge de l'assurance maladie d'un forfait calculé en fonction du nombre des actes réalisés par lui et du prix moyen unitaire déterminé pour les formules préimprimées de même nature.

Les modalités de la détermination du forfait font l'objet d'une annexe technique qui fait partie intégrante du cahier des charges prévu à l'article 18. La restitution des frais avancés par chaque médecin dans la situation visée à l'alinéa précédent est effectuée d'office par l'Union des caisses de maladie une fois par an.

**§ 3.** *A l'article 60, il est ajouté un alinéa final libellé comme suit:*

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

### **Titre II. Amendement du cahier des charges**

**§ 4.** *L'article 6 prend la teneur suivante:*

**Art. 6.** La commission peut être saisie pour constater la conformité des formules au présent cahier des charges.

En cas de non-conformité constatée à l'unanimité par la commission, celle-ci invite le médecin à prendre les mesures nécessaires pour le redressement des écarts constatés.

Un médecin ayant opté pour le système informatique peut utiliser simultanément des formules dans le cadre du système imprimerie. Dans ce cas le nombre de formules pris en charge dans le cadre du système imprimerie est porté en déduction du nombre de formules de même nature mis en compte pour le calcul du forfait visé à l'article 20 de la convention médicale.

**§ 5.** *L'article 8 prend la teneur suivante:*

**Art. 8.** Dans le cadre du système imprimerie, le médecin est libre de s'adresser à l'imprimeur de son choix.

**§ 6.** *L'article 9 est abrogé.*

**§ 7.** *L'article 10 prend la teneur suivante:*

**Art. 10.** Le nombre de formules commandé en une fois, susceptible d'être pris en charge par l'assurance maladie doit être raisonnable. La commission peut décider à l'unanimité de dispenser l'Union des caisses de maladie de la prise en charge des formules préimprimées au cas où le nombre de formules faisant l'objet d'une prise en charge est hors proportion avec l'activité professionnelle du médecin.

**§ 8.** *L'article 11 prend la teneur suivante:*

**Art. 11.** Outre les rubriques obligatoires prévues par le présent cahier des charges, les formules du médecin sont personnalisées par les indications d'usage. Le médecin est responsable du contenu et de la mise à jour de ces inscriptions.

Les médecins veillent à avoir à leur disposition les formules dont ils ont besoin dans l'exercice de leur profession. En cas de rupture de stock ils peuvent exceptionnellement s'approvisionner en formules dépersonnalisées auprès de l'Union des caisses de maladie.

**§ 9.** *L'article 13 prend la teneur suivante:*

**Art. 13.** Outre les rubriques obligatoires prévues par le présent cahier des charges, les formules générées dans le système informatique sont personnalisées par les indications d'usage.

**§ 10.** *L'article 15 prend la teneur suivante:*

**Art. 15.** La restitution individuelle ou collective des frais des formules préimprimées se fait au moyen de la déclaration visée à l'annexe «N» à laquelle doit être jointe une facture d'imprimerie originale portant sur les formules fournies.

Les factures d'imprimerie doivent comprendre la signalétique de l'imprimerie, les noms, prénoms et adresse des bénéficiaires de la livraison, la date et le numéro de la facture, le code médecin, la désignation et la quantité livrée de feuilles ou de blocs de chaque type, le montant (TVA comprise) facturé pour chaque type de formulaire.

Les demandes de restitution collective doivent indiquer les qualités du mandataire.

En cas de prise en charge collective, le mandataire s'engage à ce que l'Union des caisses de maladie dispose à la fin de l'exercice d'un récapitulatif de l'ensemble des factures liquidées par cette voie. Ce relevé doit être présenté sur un support informatique dans un format accepté par l'Union des caisses de maladie et doit être présenté au plus tard au courant du mois de février suivant l'exercice auquel le relevé se rapporte. Le récapitulatif des commandes comprend l'indication des médecins destinataires, leur code médecin, le nombre de commandes, le total des feuilles/blocs commandés de chaque type de formulaire, le prix total s'y rapportant, TVA incluse, ainsi que l'exercice au cours duquel la livraison a été effectuée.

**§ 11.** *A l'article 20, alinéa premier la référence (annexe «K») est remplacée par (annexe «O»).*

**§ 12.** *Les articles 1 à 3 de l'annexe K du cahier des charges prennent la teneur suivante:*

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les certificats d'incapacité de travail portent la dénomination officielle «Certificat médical d'incapacité de travail» (appelé dans la suite «certificat»).

Chaque formulaire de certificat comprend un jeu de trois volets collés à l'en-tête, fabriqué en papier autocopiant.

Le premier volet est de couleur rouge, le deuxième volet est de couleur jaune, le troisième volet est de couleur bleue.

Le certificat répond aux dimensions et aux contenus des modèles ci-attachés.

Il peut être ajouté une 4<sup>e</sup> feuille portant des informations pratiques et juridiques à l'attention des personnes protégées.

**Art. 2.** L'utilisation du formulaire du certificat est obligatoire toutes les fois qu'un médecin ou médecin-dentiste est appelé à certifier:

- a) l'incapacité de travail pour raison de maladie ou d'accident,
- b) les situations où une personne protégée a droit au congé pour raisons familiales,
- c) les situations où une personne protégée sollicite un congé de maternité ou une prolongation de ce congé pour allaitement.

**Art. 3.** Le certificat prend la teneur suivante: (. . . suit le modèle).

**§ 13.** *Le formulaire/relevé pour l'application du système du tiers payant visé à l'article 20 (annexe «O») correspond au modèle suivant: (. . . suit le modèle).*

**§ 14.** *Le formulaire visé à l'annexe N du cahier des charges (formulaire de déclaration de créance visée à l'article 15) correspond au modèle suivant: (. . . suit le modèle).*

### TITRE III. Mise en vigueur et disposition transitoire

§ 15. Les dispositions des présentes entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

§ 16. Les anciens formulaires en possession des membres du corps médical au 31 décembre 2005 peuvent être utilisés au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2006 jusqu'à épuisement des stocks.

Fait à Luxembourg, le 7 novembre 2005, en trois exemplaires.

Pour l'Association des médecins et médecins-dentistes		Pour l'Union des caisses de maladie
<i>Le Président,</i>	<i>Le Secrétaire général,</i>	<i>Le Président,</i>
<b>Dr Joe Wirtz</b>	<b>Dr Daniel Mart</b>	<b>Robert Kieffer</b>

---

#### Applicabilité des dispositions des titres I., II. et III. ci-dessus

1. à la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales concernant les médecins-dentistes,

2. 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, les caisses de maladie, l'Assurance contre les accidents et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 18 de la convention 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, concernant les médecins-dentistes.

§ 1. Les dispositions des Titres I., II. et III. ci-dessus, avec leurs annexes, valent convention distincte au sens de l'article 61, alinéa 2 du Code des assurances sociales pour les médecins-dentistes.

Pour l'Association des médecins et médecins-dentistes		Pour l'Union des caisses de maladie
<i>Le Président,</i>	<i>Le Président du Cercle des Médecins-dentistes,</i>	<i>Le Président,</i>
<b>Dr Joe Wirtz</b>	<b>Dr Nico Diederich</b>	<b>Robert Kieffer</b>

---

3747

**MODELE ANNEXE «K»**  
(Certificat d'incapacité de travail)

3748

Code Médecin

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Matricule :

Numéro accident du travail:

/

Date accident du travail:

## Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 1 à transmettre immédiatement à la caisse de maladie à destination du médecin conseil  
Cette page du certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par les organismes de sécurité sociale

Nom et adresse de l'employeur (a remplir par l'assuré) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Congé de maladie ou d'accident	2. Congé pour raisons familiales
<p>L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler</p> <p>A partir du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>jusqu'au : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> inclus</p> <p>Sortie médicalement contre-indiquée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Code diagnostic : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Nom de l'enfant :</p> <p>Matricule de l'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale</p> <p>Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
3. Congé de maternité	
Cachet d'entrée à la caisse de maladie	
<p>L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse</p> <p>a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/></p> <p>b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/></p> <p>Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date effective de l'accouchement: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus:

.....  
Signature du médecin

**\*M001\***



Code Médecin

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Matricule :

Numéro accident du travail

/

Date accident du travail:

## Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 2 à transmettre immédiatement à l'employeur  
Cette page du certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par l'employeur

Nom et adresse de l'employeur (a remplir par l'assuré) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Congé de maladie ou d'accident	2. Congé pour raisons familiales
<p>L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler</p> <p>A partir du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>jusqu'au : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> inclus</p> <p>Sortie médicalement contre-indiquée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Code diagnostic : <input type="text"/></p>	<p>Nom de l'enfant :</p> <p>Matricule de l'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale</p> <p>Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
3. Congé de maternité	
<p>L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse</p> <p>a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/></p> <p>b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/></p> <p>Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date effective de l'accouchement: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

Cachet d'entrée à la caisse de maladie

\*M001\*

.....  
Signature du médecin

3750

Code Médecin

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Matricule :

Numéro accident du travail :

/

Date accident du travail:

## Certificat médical d'incapacité de travail

Volet 3 à conserver par l'assuré

Le certificat médical fait l'objet d'un traitement des données par les organismes de sécurité sociale et par l'employeur

Nom et adresse de l'employeur (a remplir par l'assuré) _____ _____	
<b>1. Congé de maladie ou d'accident</b>	<b>2. Congé pour raisons familiales</b>
<p>L'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est incapable de travailler</p> <p>A partir du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>jusqu'au : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> inclus</p> <p>Sortie médicalement contre-indiquée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Code diagnostic : <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span></p>	<p>Nom de l'enfant : _____</p> <p>Matricule de l'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>a) L'état de santé de l'enfant examiné nécessite la présence de l'assuré(e) pendant une période initiale (2 jours au maximum)</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) Un dépassement de la période initiale au-delà de 2 jours est indiqué pour la période</p> <p>du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Le motif médical est à adresser sous pli fermé au Contrôle médical de la sécurité sociale</p> <p>Hospitalisation de l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<b>3. Congé de maternité</b>	
<p>L'assurée mentionnée ci-dessus est en état de grossesse <span style="float: right;">Cachet d'entrée à la caisse de maladie</span></p> <p>a) Congé de maternité initial <input type="checkbox"/></p> <p>b) Prolongation du congé de maternité pour allaitement <input type="checkbox"/></p> <p>Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date effective de l'accouchement: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

Date de l'établissement du présent certificat médical relatif aux rubriques 1, 2, ou 3 ci-dessus:

.....  
Signature du médecin

**\*M001\***

3751

**MODELE ANNEXE «N»**

(Déclaration de créance pour la restitution des frais de formulaires)

## Déclaration de créance pour la restitution de frais pour formulaires préimprimés

- du médecin  
 du médecin-dentiste  
 de l'association médicale

.....  
 .....

établi(e) à .....

Compte No.....  
 (format IBAN)

Code médecin ou  
 Code association

Il est dû au soussigné  médecin,  médecin-dentiste  association médicale

mandataire dont dénomination: .....

du chef de la restitution par l'Union des caisses de maladie, sur base de la convention médicale, des formulaires préimprimés utilisés dans le cadre de l'assurance maladie/assurance accidents, dont facture originale en annexe.

Le montant est de ..... euros

En toutes lettres : .....

Déclaration certifiée sincère, véritable et non encore acquittée

.....le .....  
 ( lieu ) ( date)

Signature

.....

### DETAIL

FACTURE FORMULAIRES	Nombre de blocs	Montant	Réservé à l'UCM
			Code fourniture
Ordonnances pour aides visuelles			Fi01
Devis pour prothèses dentaires			Fi02
Devis pour traitement d'orthodontie			Fi03
Traitement parallèle hospitalier			Fi04
Relevé tiers payant/action directe			Fi05
Ordonnance médicale			Fi06
Transport en série			Fi07
Transfert à l'étranger			Fi08
Certificats d'incapacité de travail			Fi09
Mémoires d'honoraires 10 lignes			Fi10
Mémoires d'honoraires 20 lignes			Fi11
Déclaration de créance (formulaires)			Fi12
<b>Montant dû pour formulaires (TVA comprise) suivant facture jointe</b>			

La présente déclaration ne s'applique qu'aux formulaires fournis par une imprimerie.

Les frais pour formulaires édités sur l'ordinateur privé du médecin font l'objet d'une restitution annuelle automatique par l'Union des caisses de maladie.

3753

**MODELE ANNEXE «O»**

(Formulaire/relevé pour l'application du système du tiers payant)

**TIERS PAYANT / ACTION DIRECTE**  
Relevé des notes d'honoraires  
et frais de formulaires préimprimés

du médecin,  
du médecin-dentiste .....

demeurant à : .....

Compte N°  
(format IBAN) .....

Code médecin

Réservé à l'UCM
No du relevé
Date d'entrée à l'UCM

du chef de la fourniture de soins de santé aux ayants droit de l'assurance maladie.

pendant la période du  au

Nombre de mémoires d'honoraires présentés .....

Montant total des honoraires.....

Montant de la facture pour formulaires préimprimés

Certifié sincère, véritable mais non encore acquitté .....le .....  
( lieu ) (date)

Signature:  
.....

N° d'ordre	Note No	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				

**à reporter :**

Page intermédiaire N°

N° d'ordre	Note No	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
		REPORT.....		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
<b>à reporter :</b>				

Page finale N°

N° d'ordre	Note No	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
		REPORT.....		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				

<b>Total présente page (y compris report en tête de la présente page):</b>	
--	--

<b>MONTANT TOTAL DU RELEVÉ</b>	
--------------------------------	--