

1. Qu'est-ce que le médecin référent ?

Le médecin référent joue un rôle central dans le suivi médical d'un patient, particulièrement en cas de maladie chronique ou de problème de santé complexe. Il n'est pas seulement celui qui soigne le patient habituellement, mais aussi celui qui :

- coordonne les soins du patient et assure que le suivi médical est optimal ;
- oriente le patient, si besoin, vers d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, kinésithérapeute, etc.) ;
- gère le dossier médical du patient en centralisant toutes les informations concernant les soins et l'état de santé du patient (résultats d'examen, diagnostics, traitements, etc.) ;
- assure une prévention personnalisée en aidant le patient à prévenir les risques de santé.

Les missions du médecin référent ont été définies à l'[art 19bis du Code la sécurité sociale](#).

2. Est-ce que le patient doit obligatoirement avoir un médecin référent ?

Non, il n'y a aucune obligation. Le patient peut continuer à consulter son généraliste ou spécialiste sans avoir à signer de déclaration.

3. Quels sont les atouts du dispositif médecin référent ?

Le médecin référent participe à l'amélioration de la qualité des soins apportés au patient et à la performance du système de soins de santé dans son ensemble.

En supervisant le parcours du patient dans le système de soins de santé, le médecin référent permet notamment :

- d'éviter un double emploi ou des interactions de médicaments c.à.d. d'optimiser la consommation médicamenteuse ;
- d'éviter des consultations inutiles ;
- de limiter les examens et/ou analyses à effectuer.

En s'engageant auprès du patient pour une relation pérenne, le médecin référent contribue à :

- valoriser son rôle de médecin de confiance ;
- promouvoir la santé et la sécurité du patient ;
- guider le patient au travers du système de soins de santé en devenant son conseiller privilégié ;
- donner au patient un accompagnement adapté dans la durée en cas de problème de santé complexe ou prolongé.

4. Quelles sont les personnes concernées par le dispositif médecin référent ?

Le choix d'un médecin référent concerne toute personne couverte par l'Assurance maladie-maternité (personne protégée).

Toutefois, les personnes qui souffrent d'une maladie chronique sont les plus concernées par le dispositif médecin référent.

5. Les membres d'une même famille doivent-ils avoir recours au même médecin référent ?

Conformément au principe du libre choix, la décision du patient concernant un médecin référent relève d'un choix libre, volontaire et strictement personnel. Chaque membre d'une famille est donc libre de désigner le médecin référent de son choix et de signer une déclaration propre avec celui-ci. S'il s'agit de mineurs d'âge, la signature de la déclaration est faite par leur représentant légal.

6. Qui peut être médecin référent ?

La mission de médecin référent peut être assumée par tout médecin autorisé à exercer, possédant un code médecin individuel auprès de la CNS. Les médecins exerçant dans une association (cabinet de groupe), peuvent également être médecin référent, à condition qu'ils exercent cette activité en leur nom propre.

Cependant, du 01.07.2012 au 31.12.2013 le médecin référent s'adresse en premier lieu aux médecins généralistes, internistes, pédiatres et gériatres.

7. Est-ce que le patient est obligé de passer par son médecin référent pour pouvoir consulter un autre médecin ou un médecin spécialiste ?

Non. Le patient peut directement consulter un médecin spécialiste ou tout autre médecin de son choix sans passer par son médecin référent.

8. Le médecin référent peut-il être installé hors du Grand-Duché de Luxembourg ?

Oui, mais il convient de préciser qu'il n'est pas lié par la convention médicale du 13.12.1993 telle que modifiée pour les médecins, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Union des caisses de maladie (actuellement Caisse nationale de santé) de sorte que les dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins au Luxembourg ne sont pas applicables.

En d'autres termes, un médecin qui n'est pas lié par la convention ne pourra pas appliquer les tarifs luxembourgeois correspondants pour la facturation de son activité de médecin référent.

9. Quelles sont les démarches pour déclarer le début d'une relation médecin référent/patient ?

1. Remplir et signer le formulaire « [déclaration médecin référent](#) »

La déclaration médecin référent désigne le document rempli conjointement par le patient et le médecin référent à l'occasion d'une consultation et par lequel le patient adhère au système du Médecin Référent, et ce conformément au règlement grand-ducal du 15/11/2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent.

Pour pouvoir être enregistrée à la CNS, cette déclaration doit être conforme au modèle-type annexé à la convention entre l'AMMD et la CNS.

Si le patient est mineur, l'un des deux parents ou le représentant légal doit signer le formulaire.

2. Informer la CNS

Le formulaire, dûment rempli, daté et signé est à renvoyer par le médecin référent au « service médecin référent » de la Caisse nationale de santé.

Pour de plus amples détails voir : [Notice explicative « Déclaration médecin référent »](#)

10. Comment remplir la déclaration médecin référent ?

Voir [Notice explicative « Déclaration médecin référent »](#)

11. Quels sont les principaux documents liés au dispositif médecin référent ?

La Déclaration médecin référent

- Remplie conjointement par le patient et le médecin référent
- Enregistrée et gérée par la CNS
- Unique pour chaque patient

Le résumé des prestations

- Résumé des prestations de santé dont le patient a bénéficié dans le cadre de l'assurance maladie-maternité, établi par la CNS
- Communiqué au patient après validation de la déclaration par la CNS
- La remise au médecin référent relève d'un choix libre du patient
- Source d'information pour aider le médecin référent à constituer et à compléter le dossier du patient

Le Résumé Patient

- Etabli par le médecin référent au début de la relation médecin référent/patient sur base des informations médicales à sa disposition : dossier médical, rapports et comptes rendus de confrères impliqués dans le suivi du patient, résumé des prestations envoyé au patient.
- Mise à disposition du patient pour garantir la continuité des soins en cas de prise en charge par d'autres médecins
- Mise à jour par le médecin référent à échéance régulière

La fiche de prévention

- D'application à partir de 2014
- Etablie par le médecin référent uniquement
- A destination du patient
- Anonymisée et transmise à la Direction de la santé pour validation de son exhaustivité avec l'accord du patient

12. Qu'est-ce que le résumé des prestations ?

Dès que la Caisse nationale de santé aura validé la déclaration médecin référent, elle transmettra au patient et au médecin référent un accusé de réception. En outre, elle adressera au patient un résumé des prestations de santé dont celui a bénéficié dans le cadre de l'assurance maladie-maternité.

Le patient peut remettre ce résumé à son médecin.

Ce résumé des prestations constitue une source d'information précieuse pour le patient et aidera le médecin référent à constituer et à compléter le dossier médical du patient.

13. Qu'est-ce que le résumé patient ?

Le résumé patient est un document établi par le médecin référent sur base des informations médicales dont il dispose notamment à travers le dossier médical qu'il a constitué, les rapports et les comptes rendus des différents médecins qui ont suivi le patient ainsi que le résumé des prestations que la CNS a fait parvenir au patient.

Ce document reprend, sous forme standardisée et concise, les éléments essentiels qui caractérisent l'état de santé du patient. Il peut être transmis à d'autres médecins impliqués dans la prise en charge du patient pour leur communiquer toute information utile à la continuité des soins et à la préservation de la santé du patient.

Le patient est libre de décider s'il souhaite transmettre ce résumé à d'autres médecins ou non.

Le résumé patient sera mis à jour par le médecin référent à échéance régulière.

14. Qu'est-ce qu'une fiche de prévention?

La fiche de prévention s'inscrit dans un programme de médecine préventive et de promotion de la santé scientifiquement validé et reconnu, prévu par le dispositif médecin référent. A partir de 2014, le médecin référent remplira avec le patient la fiche de prévention. Il fournira au patient les explications nécessaires concernant ses facteurs de risques et la meilleure manière de les prévenir.

Le médecin informera le patient que certaines des données figurant sur sa fiche de prévention pourront être transmises, avec l'accord du patient et à partir de 2014, à la Direction de la Santé. Ces données y seront utilisées de façon dépersonnalisée (sans identification du patient) à des fins de statistiques de santé publique, pour mesurer l'état de santé des personnes suivies par un médecin référent et pour évaluer le fonctionnement du dispositif médecin référent.

15. Quelles sont les données qui sont transmises à la Direction de la santé ?

Les seules données qui seront transmises de manière dépersonnalisée à la Direction de la santé concernent certains déterminants de la santé du patient tels qu'ils seront repris sur la fiche de prévention, qui sera intégrée aux activités du médecin référent à partir de 2014.

16. A quel moment la relation médecin référent/patient prend-elle effet ?

La relation est effective à partir du 1er jour du mois suivant la réception de la déclaration par la Caisse nationale de santé. Cette date sera communiquée par accusé de réception de la Caisse nationale de santé au médecin référent, au patient (ou au représentant légal).

Exemple : Une déclaration réceptionnée le 10 novembre 2012 par la CNS, prend effet le 01 décembre 2012.

17. Quelle est la durée de validité de la déclaration médecin référent ?

La relation avec le patient est établie pour une durée indéterminée. La déclaration reste donc valide tant que le médecin référent et le patient sont d'accord pour continuer la relation médecin référent/patient.

La déclaration médecin référent cesse de lier le médecin référent et le patient dans une des hypothèses suivantes :

- Si le médecin référent cesse son activité de médecin référent,

- Si le médecin référent décède,
- Si la déclaration médecin référent est révoquée suivant les dispositions prévues à cet effet.

Dans les deux premiers cas, la CNS en informe le patient par écrit.

18. Quelles sont les démarches à effectuer en cas de cessation de l'activité de médecin référent ?

Voir [Notice explicative « Cessation d'activité médecin référent »](#)

19. Quelles sont les grandes étapes à respecter en cas de révocation ?

1- Révoquer la relation médecin référent/patient :

Remplir le formulaire relatif à la révocation de la relation médecin référent/patient

2- Informer la CNS :

Faire parvenir par voie postale à la CNS la révocation de la relation médecin référent/patient

3- Communiquer:

Le médecin référent devra mettre le patient en mesure de communiquer à un nouveau médecin référent toutes les données utiles à la poursuite de la mission de médecin référent.

(Résumé Patient et à partir de 2014 la Fiche Prévention)

20. Quelles sont les démarches nécessaires pour révoquer la relation médecin référent/patient ?

Pendant les premiers douze mois, la révocation ne peut se faire que d'un commun accord entre le médecin référent et le patient, avec un préavis de deux mois.

En cas de révocation commune, le médecin référent et le patient remplissent conjointement le formulaire « Révocation déclaration médecin référent d'un commun accord ».

Ensuite le médecin référent le renvoie dûment complété, daté et signé au service médecin référent de la Caisse nationale de santé.

Exemple:

Une déclaration réceptionnée le 10 novembre 2012 par la CNS prend effet le 01 décembre 2012. Si le 5 janvier 2013 la CNS reçoit le formulaire « Révocation déclaration médecin référent d'un commun accord » signé le 3 janvier 2013, la révocation sera effective à partir du 3 mars 2013. Une nouvelle déclaration médecin référent pourra alors être prise en compte par la CNS.

À partir de la deuxième année, la révocation peut se faire, à tout moment et de façon unilatérale soit par le médecin référent, soit par le patient, avec un préavis de deux mois.

Si le médecin référent décide de mettre fin à la déclaration, il utilisera le formulaire « Révocation déclaration médecin référent par le médecin référent » qu'il enverra au patient, en mettant en copie la Caisse nationale de santé.

Si le patient est à l'origine de la révocation il utilisera le formulaire « Révocation déclaration médecin référent par la personne protégée » qu'il enverra au médecin référent, ceci, en mettant en copie la Caisse nationale de santé.

Le médecin référent devra mettre le patient en mesure de communiquer à un nouveau médecin référent toutes les données utiles à la poursuite de la mission de médecin référent.

Pour de plus amples détails voir [Notice explicative « Révocation Déclaration médecin référent »](#)

21. Quand le patient peut-il désigner un nouveau médecin référent?

Après révocation de l'ancienne déclaration médecin référent, ce dernier peut désigner un nouveau médecin référent. Pour faire connaître son nouveau choix (de médecin référent) à la Caisse nationale de santé, le patient doit remplir un formulaire « déclaration médecin référent » avec le nouveau médecin référent choisi (réf. Question 6).

Note : Une nouvelle déclaration ne peut être prise en compte (par la CNS) qu'après la révocation de l'ancienne. Elle ne pourra prendre effet qu'après écoulement des délais de préavis légaux (2 mois).

Le médecin référent devra mettre le patient en mesure de communiquer à un nouveau médecin référent toutes les données utiles à la poursuite de la mission de médecin référent.

22. Quelle est la tarification applicable ?

Le règlement grand-ducal du 21 juillet 2012 arrête la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie suite à l'introduction du médecin référent.

Ce règlement stipule deux forfaits :

MR01

Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient ne remplissant pas les conditions de la mise en compte de l'acte MR02 et dont l'âge se situe entre 18 et 69 ans accomplis:

- mise en compte limitée à une fois tous les 12 mois ;
- première mise en compte au plus tôt après 12 mois à compter à partir de la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale ;
- mise en compte conditionnée par au moins une consultation dans les 12 mois précédant la mise en compte du forfait.

Ce forfait a le coefficient 14.04, le tarif actuel peut être consulté [ici](#) (Link).

MR02

Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient atteint d'une pathologie chronique grave figurant à l'article 20 des

dispositions générales de la nomenclatures des actes et services des médecins **ou** ayant atteint l'âge de 70 ans:

- mise en compte limitée à une fois tous les 6 mois ;
- première mise en compte au plus tôt après 6 mois à compter à partir de la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale ;
- mise en compte conditionnée par au moins une consultation dans les 6 mois précédant la mise en compte du forfait.

Ce forfait a pour coefficient 24.71, le tarif actuel peut être consulté [ici](#) (Link).

Une participation personnelle de 12% est actuellement prévue.

23. Mise en compte des forfaits MR01 et MR02

1a) Les positions MR01 et MR02 ne peuvent se cumuler ni entre elles ni avec d'autres actes de la nomenclature, à l'exception des actes du chapitre 1er, sections 1 et 2 (Consultations normales et majorées), du chapitre 2, section 1 (Visites en milieu extra-hospitalier) et du chapitre 3 (Déplacements) de la première partie intitulée «Actes généraux».

b) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR01 par 12 mois, la première mise en compte au plus tôt après 12 mois après la prise d'effet de la déclaration médecin référent.

c) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR02 par 6 mois, la première mise en compte au plus tôt après 6 mois après la prise d'effet de la déclaration médecin référent.

d) Le médecin utilise les documents-types du résumé patient mis à disposition par la CNS sur le site cns.lu.

2) La mise en compte est limitée aux actes effectués au cabinet médical du médecin référent et au lieu de séjour habituel du patient.

3) La période de validation provisoire des positions du chapitre 9 (Médecin référent) est fixée jusqu'au 30 juin 2015.

4) Le délai de révision obligatoire des positions du chapitre 9 (Médecin référent) est fixé jusqu'au 31 juillet 2016.

5) La mise en compte des actes MR01 et MR02 est réservée jusqu'au 31 décembre 2013 aux spécialités médicales suivantes: généraliste, pédiatre, gériatre et interniste.

6) La mise en compte est conditionnée à la communication périodique par le médecin référent au Contrôle médical de la sécurité sociale des pathologies chroniques figurant à l'article 20 ainsi que des critères d'inclusion correspondants.»

24. Quelles sont les pathologies chroniques graves retenues à l'article 20 de la nomenclature des actes et services des médecins justifiant la mise en compte du tarif MR02?

Les affections de longue durée, reprises dans le référentiel ALD 30 peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR02. Le référentiel peut être consulté sous le lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565292/toutes-les-listes-des-actes-et-prestations-lap-pour-les-ald

25. Quelles sont les démarches à faire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement du tarif MR02 en cas d'une affectation de longue durée (ALD30) ?

Lors de la première demande de remboursement concernant un patient rentrant dans les critères d'une affectation de longue durée, les documents suivants sont à adresser à la CNS :

- La facture
- **Sous pli fermé**, la déclaration spécifique ALD accompagnée de tous les résultats d'examens prévus par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'attribution d'une affection de longue durée.
- Consultez le référentiel sur www.has-sante.fr dans la rubrique « Professionnels de santé » > « Maladies chroniques – Parcours de soins » > « Affections de longue durée » . .

La CNS transmet ces documents (sous pli fermé) au Contrôle médical de la sécurité sociale. Le remboursement sera subordonné au respect des conditions préqualifiées.

26. Quand faut-il établir le résumé patient ?

La CNS envoie un relevé au patient avec toutes ses prestations de santé. A l'aide de ce relevé, la fiche « Résumé patient » doit être complétée au plus tard 3 mois après la signature de la déclaration avec le patient. La CNS transmettra à cette fin à partir du 15 octobre 2012 les relevés sur les antécédents de prestations aux patients.