

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
080	ACCIDENT-0004	Le numéro accident est inconnu dans les dossiers de l'assurance accident.
709	ACCIDENT-0005	Le dossier de demande de prise en charge des prestations par l'Association d'assurance accident a été décliné conformément aux articles 4 et 5 du règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident.
080	ACCIDENT-0006	Le numéro accident existe, mais il ne correspond pas au matricule de la personne protégée.
717	ACCIDENT-0007	Après un délai de 3 mois, l'indication du numéro accident par le médecin prescripteur est obligatoire. Conformément à l'article 7 du règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident, l'indication de la date accident est acceptée pour autant que l'accident ne remonte pas à plus de 3 mois.
078	ACCIDENT-0008	La date accident de la personne protégée est postérieure à la date d'établissement de l'ordonnance.
078	ACCIDENT-0010	La date accident remonte à plus d'un an sans que l'accident n'ait été déclaré. Conformément à l'article 123 du CSS, sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, aucune prestation n'est accordée à charge de l'Association d'assurance accident si l'accident ne lui est pas déclaré dans l'année de sa survenance.
718	ACCIDENT-0011	La date d'établissement de l'ordonnance se situe hors de la période de prise en charge des prestations par l'Association d'assurance accident. Conformément à l'article 8 du règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident, les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir.
106	ACCIDENT-0012	Le dossier de demande de prise en charge des prestations par l'Association d'assurance accident n'a pas encore fait l'objet d'une décision conformément à l'article 146 du CSS.
020	AFFILIATION-0004	La personne n'est pas affiliée et n'a jamais reçu de carte d'assuré. - Conformément à l'article 22 des statuts de la CNS, les prestations de soins de santé ne sont pris en charge que sur présentation d'une carte d'assuré émise en application de l'article 413 du CSS; ou - Conformément à l'article 2, alinéa 2 du CSS, le droit aux prestations en cas d'affiliation volontaire n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de 3 mois. Pendant cette période, la personne protégée est affiliée mais elle ne bénéficie pas du droit à la prise en charge des prestations.
184	COMPTA-0002	Le délai de prescription des prestations est dépassé conformément à l'article 84 du CSS.
234	COMPTA-0005	La date prestation n'est pas valide. La date prestation est postérieure à la date actuelle.
234	COMPTA-0007	La date prestation n'est pas valide. La date de fin de prestation se situe avant la date de début de prestation.
147	CUMUL-0147	La nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique prévoit un cumul défendu pour les actes facturés. Suivant l'article 10, alinéa 1 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
453	CUMUL-0453	CONCERNE ANCIENNE NOMENCLATURE - APPLICABLE POUR FACTURES ANTÉRIEURES AU 01.01.2018 - La nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique prévoit un cumul défendu pour les actes de dépistage prénatal d'anomalies congénitales (LB053, LB054 et LB055).
702	DELAI-0702	Le nombre maximum d'actes autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
818	DELAI-0818	CONCERNE ANCIENNE NOMENCLATURE - APPLICABLE POUR FACTURES ANTÉRIEURES AU 01.01.2018 - En exécution de l'alinéa 5 de l'article 75 bis des statuts de la CNS, la prise en charge des analyses génétiques par l'assurance maladie est limitée à une seule étude génétique. Par dérogation, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, dans des cas exceptionnels, accorder la prise en charge d'un nombre supplémentaire d'analyses génétiques, si le dossier de conseil génétique fait état d'éléments justificatifs pertinents qui tiennent de l'état de santé de la personne protégée ou de l'évolution de la médecine.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
N/A	DELAI-1003	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BC042, BC045, BC048 et BC052 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1004	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087 BC088 BC090 et BC091 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1005	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BC194, BC195 et BC196 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1007	Le nombre maximum de la liste des codes actes BF101 à BF119 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1008	Le nombre maximum de 3 de la liste des codes actes BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909 et BH971 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1009	Le nombre maximum de 3 de la liste des codes actes BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910 et 916 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1011	Le nombre maximum de 3 de la liste des codes actes BJ008 à BJ013 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELAI-1012	Le nombre maximum de la liste des codes actes BJ001 à BJ226 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Un maximum de 8 actes de ce chapitre de la nomenclature sont opposables à l'assurance maladie, non compris les tests de confirmation ou ajoutés par le labo pour interprétation. Certains codes peuvent être attestés plusieurs fois (autant de fois que l'on utilise d'antigènes différents) pour autant que le nombre total de 8 ne soit pas dépassé. Pour un premier bilan de grossesse, ce nombre peut être porté à 12 actes maximum si le statut immunitaire de la patiente pour les infections CMV, Toxoplasmose, Rubéole, Varicelle, Syphilis, HBV, HIV et HCV (si patiente à risque) n'est pas connu. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Le maximum de 8 est valable jusqu'au 31 août 2018.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
N/A	DELA-1014	Le nombre maximum de la liste des codes actes BJ001 à BJ226 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Un maximum de 12 actes de ce chapitre de la nomenclature sont opposables à l'assurance maladie, non compris les tests de confirmation ou ajoutés par le labo pour interprétation. Certains codes peuvent être attestés plusieurs fois (autant de fois que l'on utilise d'antigènes différents) pour autant que le nombre total de 12 ne soit pas dépassé. Pour un premier bilan de grossesse, ce nombre peut être porté à 16 actes maximum si le statut immunitaire de la patiente pour les infections CMV, Toxoplasmose, Rubéole, Varicelle, Syphilis, HBV, HIV et HCV (si patiente à risque) n'est pas connu. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. Le maximum de 12 est valable à partir du 1er septembre 2018.
N/A	DELA-1015	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909 et BH971 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	DELA-1016	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910 et BH916 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
710	ESILABO-0001	La facture est non conforme à l'ordonnance médicale. ou bien POUR FACTURES ANTÉRIEURES AU 01.01.2018 - L'ordonnance médicale fait défaut. Conformément à l'article 15 de la convention conclue entre la FLLAM et de la CNS, la transmission d'une ordonnance médicale originale est une condition indispensable afin d'obtenir le paiement des factures nonobstant d'autres dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles. - La facture est non conforme à l'ordonnance médicale.
711	ESILABO-0005	La facture est double. Conformément à l'article 18 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois. Cette facture a déjà fait l'objet d'un paiement lors d'une facturation précédente ou à un autre prestataire.
303	ESILABO-0006	La demande est sans objet étant donné que le nombre d'actes est égal à zéro.
215	ESILABO-0008	A la date prestation, la personne protégée bénéficie d'une prise en charge hospitalière concomitante conformément à l'article 74 du Code de la sécurité sociale. Dès lors, les analyses médicales relèvent de l'enveloppe budgétaire hospitalière.
712	ESILABO-0009	La facture ne peut contenir de multiples dates prestation. Conformément à l'article 21, alinéa 1 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, une facture regroupe les actes et services d'analyses de biologie médicale effectués à une même date prestation.
713	ESILABO-0011	La facture ne peut contenir de multiples ordonnances. Conformément à l'article 21, alinéa 1 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, une facture correspond à une seule ordonnance.
215	ESILABO-0013	Veuillez noter qu'une prise en charge hospitalière a été enregistrée à la date prestation. Dès lors, les analyses médicales relèvent de l'enveloppe budgétaire hospitalière.
204	ESILABO-0014	Le code tarif existe, mais il ne s'agit pas d'un code tarif laboratoire. Il ne figure ni dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, ni dans les listes conventionnelles.
265	ESILABO-0016	Veuillez noter qu'une prise en charge hospitalière en place de surveillance a été enregistrée à la date prestation. Dès lors, les analyses médicales relèvent de l'enveloppe budgétaire hospitalière.
744	ESILABO-0021	En exécution de l'article 75 bis des statuts de la CNS, la CNS refuse la prise en charge de l'analyse génétique. L'accord préalable du contrôle médical fait défaut.
748	ESILABO-0022	Les conditions d'autorisation pour la prise en charge de l'analyse ne sont pas remplies
N/A	ESILABO-0024	Le lieu de prélèvement fait défaut. Conformément aux annexes III et XII du cahier des charges faisant partie intégrante de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, l'indication du lieu de prélèvement est obligatoire.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
N/A	ESILABO-0025	L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé fait défaut. Suivant l'article 22 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, la prise en charge des frais d'exploitation est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour la transmission des analyses dans un pays en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse. Cette autorisation est à demander conformément à l'article 9 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS et accompagné par une justification des frais d'expédition par le laboratoire transmetteur.
N/A	ESILABO-0039	Suivant la nomenclature, il est pris en charge au maximum une cotation par type de prélèvement.
N/A	ESILABO-0040	Suivant la nomenclature, le BH506 n'est pas cumulable avec le BH501, s'il s'agit d'une recherche dans les selles.
N/A	ESILABO-0041	Suivant la remarque de la nomenclature, l'analyse doit être mentionnée explicitement sur la prescription par le médecin.
N/A	ESILABO-0042	Suivant la remarque de la nomenclature, les renseignements cliniques sont requis pour cette analyse.
N/A	ESILABO-0043	Suivant la remarque de la sous-section 3, la prescription doit fournir la raison et la nature du suivi thérapeutique. Maximum 1 test, sauf cancer du testicule ou néoplasmes multiples.
N/A	ESILABO-0044	Suivant la remarque de la nomenclature, une prescription explicite motivée est demandée.
N/A	ESILABO-0045	Suivant la remarque de la nomenclature, les renseignements cliniques et conclusions sont obligatoires pour cette analyse.
N/A	ESILABO-0046	Suivant la remarque de la nomenclature, l'analyse doit être mentionnée explicitement sur la prescription par le médecin, recherche de mycobactéries.
N/A	ESILABO-0047	Suivant la nomenclature, les analyses BH845 à BH852 ne sont pas cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie. Un minimum de trois pathogènes est prise en charge. Valable jusqu'au 31.12.2019
N/A	ESILABO-0047	Suivant la nomenclature, les analyses BH845 à BH851 ne sont pas cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale et les analyses BH930 à BH936 ne sont pas cumulable entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Un minimum de deux pathogènes est prise en charge. Valable à partir du 01.01.2020
N/A	ESILABO-0048	Suivant la remarque de la nomenclature, une prescription explicite avec les renseignements cliniques sont requis pour cette analyse.
N/A	ESILABO-0049	La date d'établissement de l'ordonnance manque. L'ordonnance d'analyses médicales ne correspond pas aux dispositions de l'article 27 de la convention entre l'AMMD et la CNS.
N/A	ESILABO-0050	La date d'établissement sur l'ordonnance et celle du fichier ne correspondent pas.
N/A	ESILABO-0051	Suivant la remarque de la nomenclature, le nombre d'actes dépasse le nombre d'actes opposable à l'assurance maladie. Un maximum de 8 actes, respectivement 12 actes à partir du 1er septembre 2018, de ce chapitre de la nomenclature sont opposables à l'assurance maladie, non compris les tests de confirmation ou ajoutés par le labo pour interprétation. Certains codes peuvent être attestés plusieurs fois (autant de fois que l'on utilise d'antigènes différents) pour autant que le nombre total de 8, respectivement 12 actes à partir du 1er septembre 2018 ne soit pas dépassé. Pour un premier bilan de grossesse, ce nombre peut être porté à 12 actes maximum, respectivement 16 actes à partir du 1er septembre 2018, si le statut immunitaire de la patiente pour les infections CMV, Toxoplasmose, Rubéole, Varicelle, Syphilis, HBV, HIV et HCV (si patiente à risque) n'est pas connu.
N/A	ESILABO-0052	Le dépistage de la tuberculose est obligatoirement et exclusivement réalisé par la Ligue Médico- Sociale (LMS) dans le cadre du contrôle médicale des étrangers. (Concerne tous les migrants qui ne sont pas citoyens de l'Union européenne ou d'un pays assimilé (Norvège, Suisse, Islande, Liechtenstein).
N/A	ESILABO-0053	Aux fins d'obtenir le paiement de la part des prestations opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, les laboratoires transmettent à la Caisse nationale de santé les factures dûment établies conformément aux dispositions de la présente convention, accompagnées de l'ordonnance médicale et munies, le cas échéant, de l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale respectivement d'un titre de prise en charge par l'assurance maladie. Puisque, le titre de prise en charge manque, l'analyse ne peut être remboursée. (Article 23 de la convention FLLAM/CNS)
N/A	ESILABO-0054	Un maximum de 5 prestations est applicable, le code BF119 pouvant être facturé plusieurs fois. Les prestations de cette section peuvent être portées en compte deux fois pour contrôler l'efficacité d'une chélation.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
N/A	ESILABO-0057	Suivant la remarque de la nomenclature, pour un même pathogène, la recherche par biologie moléculaire n'est pas cumulable aux recherches par autres méthodes analytiques telles que cultures, anticorps, antigènes ou examens directs, sauf exceptions mentionnées aux codes concernés. La recherche ne peut se faire que sur un seul et unique site de prélèvement par pathogène prescrit et uniquement sur prescription explicite.
N/A	ESILABO-0058	La cotation forfaitaire inclut les recherches suivantes, communes à tous les examens microbiologiques : - examen microscopique qualitatif d'orientation direct et si nécessaire semi-quantitatif et après colorations adaptées : cytologique, bactériologique, mycologique, éventuellement recherche de Trichomonas en précisant le cas échéant une rupture d'équilibre de la flore usuelle , y compris lorsque la nature de l'échantillon ne permet qu'une apposition ou empreinte ; - cultures bactériologiques d'isolement après enrichissement si nécessaire : . des bactéries aérobies ; . des bactéries anaérobies éventuellement ; - cultures mycologiques d'isolement si nécessaire ; - identification biochimique et/ou antigénique des bactéries cultivant en aérobiose y compris la révélation d'une résistance hétérogène chez Staphylococcus aureus ; - mise en évidence d'une bêta lactamase lorsque la nature de l'espèce bactérienne l'exige (Staphylococcus, Neisseria, Haemophilus) ; - identification du Candida albicans ; - antibiogramme(s) / antifongigramme(s), (bactérie aérobie, bactérie anaérobie, champignon) pratiqué(s) notamment en raison soit de la qualité, de la densité de l'espèce ou des espèces isolées, soit de l'état clinique du patient ou du siège de l'infection..
N/A	ESILABO-0059	Suivant l'article 72 alinéa 2 des statuts de la CNS, la détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.
N/A	ESILABO-0060	Acte réservé uniquement à l'exploration d'une allergie sévère retardée et à une allergie médicamenteuse.
N/A	ESILABO-0061	Acte réservé uniquement dans le cadre de la pose d'un implant ou d'une prothèse.
N/A	ESILABO-0062	La prescription doit fournir la raison et la nature du suivi thérapeutique.
N/A	ESILABO-0064	Le nombre maximum de 2 de la liste des codes actes BH905, BH915, BH917 et BH918 autorisés par jour conformément à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est dépassé. Suivant l'article 10 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les laboratoires sont tenus de respecter les règles spécifiées dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	ESILABO-0066	La ou les analyse(s) prescrite(s) sur l'ordonnance ne sont pas autorisées pour sages-femmes. Mémorial A N° 794 du 27 novembre 2019, règlement grand-ducal du 22 novembre 2019 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de sage-femme.
N/A	ESILABO-0067	Conformément au Règlement grand-ducal du 17 mars 2020, par lequel l'acte BH860 a été introduit, le test peut uniquement être pris en charge sur prescription explicite, dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 selon les recommandations élaborées par le Ministère de la Santé, uniquement pour des tests dûment autorisés par la Direction de la santé, avec transmission des résultats positifs selon les mêmes modalités que pour les maladies à déclaration obligatoire.
N/A	ESILABO-0068	La prise et/ou le frotti et/ou le déplacement sont en rapport avec une/des analyse(s) qui n'est/ne sont pas à charge de la CNS. Les frais connexes reliés à telles analyses ne sont pas remboursés par la CNS.
N/A	ESILABO-0069	L'ordonnance ou l'analyse est hors du périmètre de la prise en charge de l'assurance maladie-maternité. Sont concernés entre autres les tests COVID-19 prescrits dans le cadre d'un déplacement à l'étranger (sauf pour raison médicale) ou toute autre analyse prescrite sur demande du patient en dehors d'une indication médicale directe.
N/A	ESILABO-0072	L'analyse BC079 a été prescrite plusieurs fois durant la même année. Suivant la remarque inscrite dans la nomenclature, l'analyse peut seulement être prise en charge une fois par année, s'il s'agit d'un test de diagnostic prescrit uniquement lors d'un bilan urologique. Une prise en charge multiple de l'analyse durant la même année est seulement possible dans le cadre d'un suivi des tumeurs prostatiques ou de prostatites.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
N/A	ESILABO-0073	La personne n'est pas affiliée à la date prestation(s). Conformément aux articles 14 et 27 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS et la lettre circulaire du 4 avril 2022 avec l'intitulé "Vérification de l'état d'affiliation des personnes protégées", cette facture n'est pas à charge de la CNS.
N/A	ESILABO-0074	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Uniquement en cas de signes cliniques et sur prescription explicite motivée (en relation avec les indications précisées) : - ostéoporose ; - insuffisance rénale chronique ; - chirurgie de l'obésité ; - rachitisme(< 15 ans) ; - ostéomalacie ; - malabsorption intestinale.
N/A	ESILABO-0075	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Uniquement en cas de présence clinique et sur prescription explicite motivée (en relation avec l'indication précisée) : - insuffisance rénale chronique ; - rachitisme vitamino-résistant.
N/A	ESILABO-0076	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Uniquement en cas de signes cliniques et sur prescription explicite motivée (en relation avec les indications précisées) : - anémie macrocytaire ; - malabsorption intestinale ; - maladie neurodégénérative.
N/A	ESILABO-0077	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Uniquement sur prescription explicite motivée, indiquant : thyroïdite auto-immune. Cumul BE212 - BE213 autorisé uniquement si TSH augmentée et BE212 négatif.
N/A	ESILABO-0078	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Sur prescription explicite motivée, indiquant : - suivi du cancer de la thyroïde. - suspicion de thyroïdite d'origine autoimmune si autoanticorps anti-thyroperoxydase négatifs avec TSH augmentée.
	ESILABO-0079	Conditions de prise en charge suivant nomenclature (24.09.24) : Dosage maximum une fois/an, si PSA total entre 4 et 10 ng/ml et sur prescription explicite. Non remboursé si prostatite ou suivi de tumeurs malignes prostatiques.
119	FOURNISSEUR-0001	Le code prescripteur n'existe pas dans les dossiers de la CNS. Suivant l'article 4 de la convention AMMD, il n'est pas en droit d'émettre des ordonnances.
N/A	FOURNISSEUR-0002	Les deux dernières positions du code prestataire ("checkdigit") sont incorrectes.
876	FOURNISSEUR-0003	Le code prescripteur n'est pas agréé. Le code prestataire du médecin prescripteur n'est pas valide à cette date ordonnance. Dès lors, il n'est pas en droit d'émettre des ordonnances (cas des médecins stagiaires, médecins en formation spécialisation).
876	FOURNISSEUR-0004	Le code prescripteur n'est pas valide à la date d'établissement de l'ordonnance. Le code prestataire du médecin prescripteur n'est pas valide à cette date ordonnance. Dès lors, il n'est pas en droit d'émettre des ordonnances (cas des médecins stagiaires, médecins en formation spécialisation).
714	FOURNISSEUR-0005	Selon la nomenclature, l'analyse est uniquement prévue pour le milieu hospitalier.
N/A	FOURNISSEUR-0006	Le prescripteur n'est pas autorisé à délivrer des ordonnances.
401	FOURNISSEUR-0007	Le code prestataire du médecin prescripteur est celui de l'association. Conformément aux articles 22 et 27 de la convention AMMD, les ordonnances doivent porter obligatoirement le code prestataire individuel du médecin prescripteur et non le code association.
232	FOURNISSEUR-0015	Le code prescripteur n'est pas renseigné. Conformément à l'annexe III du cahier des charges faisant partie intégrante de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, le code prestataire doit être composé de 8 positions numériques (en cas d'utilisation de fichiers plats pendant la phase transitoire, le code prestataires doit être composé de 6 positions).
117	ORDONNANCE-0001	La date d'établissement de l'ordonnance fait défaut. Conformément à l'article 27, alinéa 3, de la convention AMMD, toute ordonnance doit être datée du jour de son établissement.
695	ORDONNANCE-0002	La date d'établissement de l'ordonnance se situe après la date de fin de validité de l'ordonnance.
887	ORDONNANCE-0003	La date d'établissement de l'ordonnance se situe après la date début de prestation. Conformément à l'article 27, alinéa 6, de la convention AMMD, toute ordonnance doit être établie préalablement à la délivrance des prestations.
681	ORDONNANCE-0004	La date début de prestation se situe après la date de fin de validité de l'ordonnance. Conformément aux dispositions de l'article 18 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, cette ordonnance n'est plus opposable à l'assurance maladie.
887	ORDONNANCE-0006	La date d'établissement de l'ordonnance se situe après la date fin de prestation. Conformément à l'article 27, alinéa 6, de la convention AMMD, toute ordonnance doit être établie préalablement à la délivrance des prestations.
681	ORDONNANCE-0007	La date fin de prestation se situe après la date de fin de validité de l'ordonnance. Conformément aux dispositions de l'article 18 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, cette ordonnance n'est plus opposable à l'assurance maladie.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
315	ORDONNANCE-0008	La date d'établissement de l'ordonnance remonte à plus que deux ans.
715	ORDONNANCE-0009	La date prestation se situe plus de 6 mois après la date d'établissement de l'ordonnance. Conformément à l'article 75 des statuts de la CNS et à l'article 18 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, la délivrance de prestations de laboratoire n'est opposable à l'assurance maladie que dans un délai de 2 mois à compter de la date d'établissement de l'ordonnance. Par dérogation, en cas d'indication d'un délai précis par le médecin prescripteur, la dernière délivrance est opposable jusqu'à la date limite indiquée, mais au plus tard dans un délais de six mois à compter de la date d'établissement de l'ordonnance.
N/A	ORDONNANCE-0010	L'ordonnance en format PDF et le fichier contenant les métadonnées de l'ordonnance font défaut. Suivant l'article 23 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, le paiement de la part des prestations opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant présuppose la présentation des factures, accompagnées de l'ordonnance médicale. Conformément à l'article 13 de la convention, les ordonnances médicales doivent être transmis sous forme de fichier par voie électronique à la Caisse nationale de santé.
N/A	ORDONNANCE-0012	Suivant la remarque de la nomenclature, le dépistage doit être réalisé dans les 48 heures suivant la prescription. Puisque cette condition n'est pas remplie, le remboursement de l'analyse est refusé. Délai de 48 heures valable jusqu'au 31 août 2018.
N/A	ORDONNANCE-0013	Suivant la remarque de la nomenclature, le dépistage doit être réalisé dans les 24 heures suivant la prescription. Puisque cette condition n'est pas remplie, le remboursement de l'analyse est refusé.
N/A	ORDONNANCE-0014	Le code acte LPT01 n'est utilisable que pour les factures dont les ordonnances ont été réalisées avant 2018 et dont les codes actes ne trouvent pas leur correspondance dans la nomenclature mise à jour (utilisation jusqu'au 28/02 permise).
N/A	ORDONNANCE-0016	Le dosage doit être réalisé le jour même de la prescription.
N/A	ORDONNANCE-0017	Suivant la remarque de la nomenclature, le dépistage doit être réalisé dans les 72 heures suivant la prescription. Puisque cette condition n'est pas remplie, le remboursement de l'analyse est refusé. Délai de 72 heures valable à partir du 1ier septembre 2018.
N/A	PERSONNE-0001	Le matricule renseigné est inexistant.
034	PERSONNE-0004	La personne protégée est décédée. La date de décès de la personne protégée est antérieure à la date de la prestation.
109	PERSONNE-0006	Le matricule n'est pas renseigné. Conformément à l'annexe III du cahier des charges faisant partie intégrante de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, le matricule doit être composé de 13 positions numériques.
452	PERSONNE-0010	Le BIC du bénéficiaire n'est pas valable.
706	PERSONNE-0011	Le compte du bénéficiaire est inexistant.
317	TARIF-0317	L'acte mis en compte est réservé aux femmes. L'acte facturé est en inadéquation avec le sexe de la personne protégée.
543	TARIF-0543	L'autorisation, respectivement l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale fait défaut. L'article 11 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS prévoit que les examens de laboratoire pas prévus par la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ne sont pris en charge qu'après accord, respectivement accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale.
571	TARIF-0571	L'âge de la personne protégée ne répond pas aux critères énoncés par la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pour cet acte.
705	TARIF-0705	Suivant l'ordonnance médicale, l'analyse mise en compte n'a pas été prescrite. Conformément à l'article 15 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les prestations de laboratoires à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions médicales, nonobstant d'autres dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles.
	TARIF-0796	L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé fait défaut. Suivant l'article 22 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, la prise en charge des frais d'expédition est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour la transmission des analyses dans un pays en dehors de l'UE, de l'EEE et de la Suisse. Cette autorisation est à demander conformément à l'article 9 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS et accompagné par une justification des frais d'expédition par le laboratoire transmetteur.
817	TARIF-0817	CONCERNE ANCIENNE NOMENCLATURE - APPLICABLE POUR FACTURES ANTÉRIEURES AU 01.01.2018 -Les actes LB011 et LB012 sont soumis à un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, en exécution de l'article 75 bis des statuts de la CNS.
967	TARIF-0967	L'acte mis en compte est réservé aux hommes. L'acte facturé est en inadéquation avec le sexe de la personne protégée.

Ancien code	Nouveau code	Base légale de la contestation (version 2024/10)
204	TARIF-1001	Le code tarif est inexistant ou invalide à la date prestation. Il ne figure ni dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, ni dans les listes conventionnelles.
006	TARIF-1006	Le tarif brut de l'acte facturé ne correspond pas au tarif officiel prévu dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	TARIF-1034	Le tarif net de l'acte facturé ne correspond pas au tarif officiel prévu dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.
N/A	TARIF-1036	Le montant net demandé fait défaut.
168	TARIF-1008	Le montant brut demandé fait défaut.
705	TARIF-1705	Suivant l'ordonnance médicale, l'analyse mise en compte n'a pas été prescrite. Conformément à l'article 15 de la convention conclue entre la FLLAM et la CNS, les prestations de laboratoires à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions médicales, nonobstant d'autres dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles.