

Statuts de la Caisse nationale de santé

Texte consolidé valable à partir du **01 mai 2024**

La consolidation consiste à intégrer dans un acte juridique ses modifications successives, elle a pour but d'améliorer la transparence du droit et de le rendre plus accessible.

Ce texte consolidé a uniquement une valeur documentaire. Il importe de noter qu'il n'a pas de valeur juridique.

Première partie

Les soins de santé	
Titre I. - Généralités	articles 1 - 33
<u>Chapitre 1. - Champ d'application personnel</u>	articles 1 - 7
<u>Chapitre 2. - Champ d'application temporel</u>	article 8
<u>Chapitre 3. - Devoirs généraux imposés à la personne protégée pour l'obtention des prestations</u>	articles 9 - 11
<u>Chapitre 4. - Champ d'application matériel</u>	articles 12 - 19
<u>Chapitre 5. - Systèmes de prise en charge</u>	articles 20 - 22
<u>Chapitre 6. - Prestations de soins de santé transfrontaliers</u>	articles 23 - 30
<u>Chapitre 7. - Consommation abusive de prestations de soins</u>	articles 31 - 33
Titre II. - Règles particulières pour l'obtention et la prise en charge des différentes catégories de prestations de soins de santé et de fournitures	articles 34 - 154bis
<u>Chapitre 1. - Soins médicaux</u>	articles 34 - 38
<u>Chapitre 2. - Soins de médecine dentaire</u>	articles 39 - 44
<u>Chapitre 3. - Traitements des professionnels de santé autres que médecins</u>	articles 45 - 71quater
<u>Chapitre 4. - Analyses et examens de laboratoires effectués en dehors du milieu hospitalier.</u>	articles 72 - 75bis
<u>Chapitre 5. - Cures thérapeutiques</u>	articles 76 - 81
<u>Chapitre 6. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation, réadaptation psychiatrique, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique</u>	articles 82 - 84ter
<u>Chapitre 7. - Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques</u>	articles 85 - 91quinquies.
<u>Chapitre 7 bis. - Greffes d'organes</u>	article 92
<u>Chapitre 8. - Médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie vers le milieu ambulatoire</u>	articles 93 - 115

<u>Chapitre 9. - Aides visuelles</u>	articles 116 - 130
<u>Chapitre 10. - Les produits sanguins et dérivés plasmatiques</u>	article 131
<u>Chapitre 11. - Prestations de transport des malades</u>	articles 132 - 141
<u>Chapitre 12. - Soins hospitaliers</u>	articles 141 - 143bis
<u>Chapitre 13. - Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses</u>	articles 144 - 152bis
<u>Chapitre 14. - Prestations de maternité</u>	article 153
<u>Chapitre 15. - Médecine préventive</u>	article 154
<u>Chapitre 16. - Paiement complémentaire</u>	article 154bis
Titre III. - Dispositions administratives	articles 155 - 164
Deuxième partie	
Les prestations de décès	
Titre I. - Indemnité funéraire	articles 165 - 167
Troisième partie	
Les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie- maternité et de l'assurance accident	
<u>Chapitre 1. - Champ d'application personnel et définitions</u>	articles 168 - 169
<u>Chapitre 2. - Déclaration de l'incapacité de travail</u>	articles 170 - 172
<u>Chapitre 2bis. - Demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques</u>	article 173
<u>Chapitre 3. - Octroi de l'indemnité pécuniaire</u>	articles 174 - 177
<u>Chapitre 4. - Détermination de l'indemnité pécuniaire</u>	articles 178 - 185
<u>Chapitre 5. - Fin de l'indemnité pécuniaire</u>	articles 186 - 189
<u>Chapitre 6. - Prestations de maternité</u>	article 190
<u>Chapitre 7. - Principes du contrôle des malades</u>	articles 191 - 196
<u>Chapitre 8. - Obligations des salariés, des travailleurs indépendants ou des ressortissants des professions libérales en cas d'incapacité de travail</u>	articles 197 - 198
<u>Chapitre 9. - Régime des sorties du malade</u>	articles 199 - 203
<u>Chapitre 10. - Modalités du contrôle</u>	articles 204 - 213
<u>Chapitre 11. - Sanctions</u>	article 214
<u>Chapitre 12. - Opposition et voies de recours</u>	article 215
<u>Chapitre 13. - Communications à l'employeur, à la Mutualité des employeurs ou aux juridictions du droit de travail</u>	articles 216 - final

Annexes aux statuts

Annexe A

Fichier B1

Fichier B2

Fichier B3

Fichier B4

Fichier B5

Fichier B6

Fichier B7

Annexe B

Annexe C - Liste limitative des affections , des traitements et des moyens de diagnostic pris en charge sous conditions, prévue à l'article 12 des statuts

Annexe D - Listes prévues au chapitre 8

LISTE N°1 prévue à l'article 98

LISTE N°1 prévue à l'article 98: exposés des motifs

Liste N°2 prévue à l'article 102, médicaments pris en charge au taux de 100%

LISTE N°3 prévue à l'article 103, point 1, traitement de maladies longues et coûteuses

LISTE N°4 prévue à l'article 103, point 2, traitement de pathologies lourdes par des médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux

LISTE N°5 prévue à l'article 104, médicaments pris en charge au taux de 40%

LISTE N°6 prévue à l'article 106, prise en charge conditionnelle

LISTE N°7 prévue à l'article 107, point 1, médicaments soumis à prescription initiale hospitalière et à accord préalable du Contrôle médical

LISTE N°8 prévue à l'article 107, point 2, médicaments soumis à protocole thérapeutique et à accord préalable du Contrôle médical

LISTE N°9 prévue à l'article 107, point 3, médicaments soumis à accord préalable du Contrôle médical

LISTE N°10 prévue à l'article 109, limitation des quantités pour une durée déterminée

LISTE N°11 prévue à l'article 115, honoraires de service

Annexe E

Annexe F

<u>Annexe G</u>	
<u>Annexe H</u>	
<u>Annexe I (supprimée)</u>	
<u>Annexe J</u>	
<u>Annexe K</u>	
<u>Annexe L</u>	
<u>Annexe M</u>	
<u>Annexe N</u>	

Première partie - Les soins de santé

Titre I. - Généralités

Chapitre 1. - Champ d'application personnel

Section 1. - Ayants droit

Art. 1. Les présents statuts s'appliquent aux personnes bénéficiant de l'assurance maladie-maternité instituée par le livre premier du Code de la sécurité sociale. Dans la suite les ayants droit sont dénommés par les termes "personnes protégées".

Les personnes qui bénéficient d'un droit aux prestations en nature sur le territoire luxembourgeois en vertu d'un instrument bi- ou multilatéral peuvent obtenir ces prestations au Grand-Duché dans les mêmes conditions que celles appliquées aux personnes protégées résidentes au Grand-Duché.

Section 2. - Prestataires de soins et fournisseurs

Art. 2. Sans préjudice des dispositions légales, réglementaires et statutaires éventuellement plus restrictives, la personne protégée a le droit de s'adresser pour l'obtention des prestations de soins de santé et fournitures

a) aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale

b) aux fournisseurs disposant d'un agrément du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé

c) aux fournisseurs identifiés spécialement à cet effet par un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé lorsque la fourniture ne peut être délivrée par un des fournisseurs visés ci-devant.

Libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur

Art. 3. Le libre choix des prestataires de soins et des fournisseurs parmi ceux visés à l'article 2 ci-dessus est garanti aux personnes protégées, ce sans préjudice des restrictions prévues aux articles 4, 5 et 6 suivants.

Art. 4. La délivrance de soins ou de fournitures par un prestataire, un fournisseur ou un hôpital déterminé dans le cadre des services de garde, d'urgence ou de remplacement officiels n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins ou fournisseur de leur choix.

Art. 5. Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un hôpital comporte pendant le séjour à l'hôpital acceptation des prestataires employés ou agréés par l'hôpital et n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins par la personne protégée.

Art. 6. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par l'article 32, pris en exécution de l'article 23, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Prestations reçues dans les établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 7. Sauf dérogation expresse, les prestations et fournitures délivrées ou prescrites par des prestataires ou fournisseurs exclus du champ d'application des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les prestations délivrées par des prestataires salariés des établissements du secteur extra-hospitalier à des personnes protégées séjournant dans ces établissements ne sont pas opposables à l'assurance maladie à moins qu'une disposition, légale, réglementaire ou une convention conclue conformément à l'article 61 du Code de la sécurité sociale ne le prévoient expressément.

Il en est de même des prestations et prescriptions médicales réalisées ou ordonnées dans le cadre de la médecine du travail par des médecins pour le compte du personnel d'une entreprise ou d'une institution privée ou publique.

Chapitre 2. - Champ d'application temporel

Art. 8. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. Ce droit est maintenu en outre pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, pendant trois mois supplémentaires

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice des dispositions, la personne protégée doit faire parvenir au Contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du Contrôle médical datant d'au moins trente jours avant la cessation du droit aux prestations.

Chapitre 3. - Devoirs généraux imposés à la personne protégée pour l'obtention des prestations

Carte d'assuré

Art. 9. 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 est strictement personnelle et elle reste la propriété de l'institution émettrice. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci à la fin de l'affiliation.

La carte doit être présentée à tout prestataire de soins ou fournisseur pour toute sollicitation de prestations ou de fournitures à charge de l'assurance maladie.

Les prestataires de soins et les fournisseurs sont en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte lorsque celui-ci ne leur est pas personnellement connu.

Sans préjudice d'autres sanctions portées par les présents statuts en cas d'utilisation non conforme de la carte d'assuré, toute personne ne se soumettant pas aux prescriptions prévues par les présents statuts au moment de la délivrance des prestations ou des fournitures est exclue du bénéfice de la prise en charge de ces prestations par la voie du tiers payant.

Les cartes d'assuré signalées par le Centre commun de la sécurité sociale comme périmées peuvent être saisies et retenues par tout prestataire de soins à qui ce service peut être demandé par l'assurance maladie.

En cas d'utilisation abusive de la carte, les détenteurs de la carte sont passibles des sanctions civiles et pénales prévues par les lois, les règlements et les présents statuts. Il en est de même des personnes ayant toléré sciemment une utilisation par autrui de leur carte d'assuré personnelle.

En cas de perte de la carte d'assuré, l'assuré doit s'adresser à sa caisse compétente pour demander une nouvelle carte.

Opposabilité des conventions

Art. 10. Les prestations et fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrées aux personnes protégées dans les limites et suivant les modalités prévues par les conventions conclues sur base des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des prestataires des soins de santé et des fournisseurs.

Les obligations conventionnelles auxquelles sont tenus les prestataires de soins et fournisseurs peuvent leur être opposées individuellement par les personnes protégées dans l'exercice des droits qui sont dévolus à celles-ci dans le cadre des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie.

Pareillement les personnes protégées sont assujetties au respect des devoirs qui leur sont imposés dans le cadre de l'exécution des conventions prévues, conclues avec les prestataires de soins et fournisseurs.

Traitement des données à caractère personnel

Art. 11. Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les prestations et fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou de demander à l'assurance maladie le remboursement des frais avancés pour les prestations et fournitures par la remise d'ordonnances, factures et mémoires d'honoraires, implique acceptation par la personne protégée de l'incorporation des données à caractère personnel figurant sur ces documents dans le système informatique exploité par l'assurance maladie et le Contrôle médical dans le cadre de leurs missions légales.

Chapitre 4. - Champ d'application matériel

Section 1. - Délimitation des prestations

Art. 12. Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du Code de la sécurité sociale et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic pris en charge sous conditions.

Dans le cadre des présents statuts les termes "assurance maladie" comprennent également l'assurance contre les accidents.

Prestations non prévues par les nomenclatures

Art. 13. Lorsqu'une personne protégée demande pour soi l'application d'un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du Contrôle médical ou un acte qui n'est pas prévu par la nomenclature, elle est en droit de demander au prestataire l'application de la procédure y relative prévue par les conventions conclues entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels des prestataires et fournisseurs.

La personne protégée qui, nonobstant la décision définitive de l'assurance maladie notifiant le refus du Contrôle médical de prendre en charge une prestation ou une fourniture, demande néanmoins sa délivrance, a droit, dans le cadre des obligations conventionnelles applicables, à la communication préalable par le prestataire de soins ou par le fournisseur, du tarif appliqué par celui-ci ou, s'il s'agit de fournitures matérielles, d'un devis définitif ainsi qu'à une information sur d'éventuels frais accessoires s'y rapportant.

Section 2. - Conditions de forme imposées pour l'obtention des prestations

Ordonnances médicales

Art. 14. Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale originale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance, ce sans préjudice des particularités prévues à ce sujet par les conventions visées aux articles [61](#) et [75](#) du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts et des dispositions particulières applicables à la délivrance de médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article [22bis](#) du Code de la sécurité sociale.

Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Des délivrances successives sont opposables pour les fournitures dont la délivrance en une fois est limitée par les conventions visées aux articles [61](#) et [75](#) du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts.

Propriété et détention de l'ordonnance

Art. 15. L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée tant que celle-ci ne s'en dessaisit pas pour obtenir la prise en charge des prestations ou fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou pour obtenir le remboursement de la part supportée par l'assurance maladie après que la personne protégée en ait fait l'avance des frais.

Les prestataires ont le droit d'exiger l'ordonnance au début des prestations et de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

La personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance à tout moment contre paiement des prestations ou fournitures effectivement délivrées.

Identification des personnes protégées

Art. 15 bis. Les ordonnances médicales, les mémoires d'honoraires et les factures émanant des médecins ou médecins-dentistes, des professions de soins de santé ou des fournisseurs délivrant des prestations ou fournitures à charge de l'assurance maladie ne sont opposables à l'assurance maladie que si les données personnelles d'identification de la personne protégée ainsi que le numéro matricule y figurent.

Prescriptions à titre préventif

Art. 16. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article [17](#), alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, les médicaments, pansements et autres fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie si, par leur prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance, le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou, s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Est visée notamment la prescription de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousse d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention "PREVENTIF".

Autorisations préalables du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 17. Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du Contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à autorisation préalable du Contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, la personne protégée est en droit d'être informée par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du Contrôle médical, celui-ci en refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant à des actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins ne sont valables que pour un délai de douze mois à compter de la date d'autorisation.

Procédure d'autorisation par le Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 18. Dans tous les cas le Contrôle médical peut être saisi directement des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par la personne protégée, soit par le prestataire.

Sauf les exceptions expressément prévues par les présents statuts en cas d'urgence, les autorisations doivent toujours être sollicitées sur base d'un document écrit ou par une remise au Contrôle médical d'une ordonnance médicale motivée.

Les ordonnances spécifient s'il s'agit de prestations urgentes. Le cas échéant, le médecin-prescripteur indique une date limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces et rapports permettant au Contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande.

Les originaux des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le Contrôle médical au médecin-prescripteur ou à la personne protégée, selon le cas.

Les décisions ou les avis du Contrôle médical sont notifiés à la personne protégée par la caisse compétente.

En cas de refus d'un traitement une copie de la décision est envoyée au médecin-prescripteur.

Art. 19. Les décisions négatives du Contrôle médical au sujet des demandes d'autorisation sont notifiées à qui de droit d'après les modalités prévues au Code de la sécurité sociale.

Lorsque le Contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire mais en faisant connaître ses désirs ou exigences. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation, mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse de la personne protégée.

Chapitre 5. - Systèmes de prise en charge

Remboursement des prestations et fournitures en dehors du tiers payant

Art. 20. Sauf le cas où la loi ou les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale comportent un mode de paiement prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie de l'intégralité ou d'une partie des frais, il appartient à la personne protégée de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse compétente dans le délai prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie des fractionnements des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

Prise en charge directe par le système du tiers payant

Art. 21. Dans les cas où la loi, les règlements, les conventions prévues aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou les présents statuts le prévoient, la part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par la voie du tiers payant.

Dans le cadre de ce système il appartient à la personne protégée de régler au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à sa charge personnelle.

Conditions d'application du système du tiers payant dans le secteur extra- hospitalier

Art. 22. Les prestations de soins de santé et fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le fournisseur délivre une copie de l'ordonnance et établit une facture qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

La prise en charge de médicaments ou des fournitures se fait obligatoirement sur base d'un titre de prise en charge remis préalablement à la délivrance à la personne protégée par la Caisse nationale de santé dans les cas suivants:

- a) lorsque la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical
- b) lorsque l'émission d'un titre de prise en charge est une condition prévue dans les listes visées au [chapitre 13](#) des présents statuts

Chapitre 6. - Prestations de soins de santé transfrontaliers

Section 1: Prestations de soins de santé transfrontaliers dont la prise en charge n'est pas soumise à une autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20*bis* du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Conditions générales pour la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen

Art. 23. (1) La prise en charge des prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, se fait selon les conditions et modalités prévues au niveau des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires.

(2) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers se fait aux conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg et dans le respect de l'article 12 des présents statuts, sauf avis du Contrôle médical de la sécurité sociale confirmant que les prestations non prévues par la législation luxembourgeoise sont indispensables et déterminant la prise en charge en assimilant les prestations de soins de santé transfrontaliers à des prestations de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'Etat membre de traitement. La prise en charge se fait sur base de factures détaillées permettant d'identifier les prestations reçues et de déterminer une analogie par rapport aux prestations prévues au Luxembourg.

(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers délivrées en milieu hospitalier ambulatoire se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux paragraphes 1 et 2 du présent article, sous réserve de ce qui suit:

La prise en charge des frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers ambulatoires se fait sur base et jusqu'à concurrence des montants forfaitaires correspondant aux coûts moyens déterminés pour les unités d'oeuvre des entités fonctionnelles qui sont définies conformément à la convention liant la Caisse nationale de santé à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 3 des présents statuts. Les forfaits et leurs modalités de calcul et de cumul sont prévus à l'annexe K des présents statuts.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

Sous-section 2: Prestations de soins de santé médicalement nécessaires au cours d'un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace Economique Européen

Art. 24. (1) La prise en charge de prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, compte tenu de la nature des prestations et de la durée du séjour, a lieu suivant le règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et le règlement d'application (CE) n° 987/2009.

(2) Dans l'hypothèse visée à l'article 25 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, si la personne protégée a supporté les coûts des prestations de soins de santé servies à l'étranger et en demande le remboursement à la caisse luxembourgeoise compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale, celle-ci s'informe auprès de l'institution compétente dans l'Etat membre de séjour des indications nécessaires sur les taux et tarifs de remboursement applicables dans l'Etat membre de séjour.

Si la législation de l'Etat membre de séjour ne prévoit pas de remboursement, la caisse luxembourgeoise procède au remboursement des prestations selon les conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg déterminés conformément à l'article 23 et, en ce qui concerne le coût moyen d'hospitalisation, à l'article 25 des présents statuts.

(3) À défaut d'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009 et à défaut de renseignements complémentaires de la personne protégée justifiant de leur application, la demande de remboursement est examinée conformément à l'article 20 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même si, au moment de la demande de remboursement, la personne protégée exprime sa volonté d'écarter l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009. Pour l'appréciation de la présente disposition, la Caisse nationale de santé peut demander un avis au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sous-section 3: Prestations de soins de santé urgents dispensées dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, la Suisse, ou un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie

Art. 25. Les prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, sont prises en charge selon les modalités prévues ci-dessous et à l'article 23 des présents statuts, à condition que le Contrôle médical de la sécurité sociale, sur base d'un avis motivé, reconnaisse que les prestations ont été reçues d'urgence en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger.

Les frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier stationnaire sont pris en charge sur base des prestations facturées, déduction faite des prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires, jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé en fonction du type de séjour, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 2 des présents statuts. Le coût moyen d'hospitalisation en fonction du type de séjour est repris à l'annexe K des présents statuts. Il est pris en charge une fois par nuitée passée dans un

hôpital. Aux fins de la présente disposition est considérée comme prestation de soins de santé du secteur hospitalier stationnaire, une prestation pour laquelle il y a eu occupation effective d'un lit avec présence à l'hôpital du patient à minuit.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, le Contrôle médical de la sécurité sociale reconnaissant l'urgence de la prestation reçue en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, en détermine la prise en charge en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

Section 2: Prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20 *bis* du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Situations visées

Art. 26. (1) Est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge

1) de prestations de soins de santé dispensées dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, visées à l'article 20, paragraphe 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;

2) de prestations de soins de santé dispensées en dehors d'une situation d'urgence dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, visées à l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

3) de frais de transport en vue de l'obtention des seules prestations de soins de santé transfrontaliers autorisées par la Caisse nationale de santé. La prise en charge se fait suivant les conditions et les modalités prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1^{ère} partie des présents statuts.

(2) Est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par la Caisse nationale de santé, la prise en charge

1) de prestations de soins de santé dispensées dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen selon le [règlement de coordination \(CE\) n° 883/2004](#) et le [règlement d'application \(CE\) n° 987/2009](#) ;

2) de frais de transport en vue de l'obtention des seules prestations de soins de santé transfrontaliers autorisées par la Caisse nationale de santé. La prise en charge se fait suivant les conditions et les modalités prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1^{ère} partie des présents statuts.

Sous-section 2: Demande d'autorisation préalable

Art. 27. (1) La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues à l'article 26, paragraphe 1^{er}, points 1) à 3) des présents statuts est

soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(2) La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues à l'article 26, paragraphe 2 des présents statuts est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé.

Aux fins de l'obtention des autorisations visées aux articles 27, paragraphes (1) et (2) des présents statuts, la personne protégée présente à la Caisse nationale de santé une demande d'autorisation préalable émanant d'un médecin dans les formes définies ci-dessous.

La demande d'autorisation présentée sur le formulaire type repris à l'annexe L des présents statuts contient au moins les renseignements suivants:

- les données d'identification de la personne protégée (noms, adresse, numéro d'identification unique);
- les données d'identification du médecin prescripteur;
- la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger;
- le diagnostic précis moyennant codification CIM10 à 4 caractères ou une version plus récente;
- la date de début de traitement si connue, avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement;
- l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée;
- la nature du traitement;
- la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement ;
- l'attestation que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande.

Sous-section 3: Procédure d'autorisation préalable

Art. 28. (1) La personne protégée adresse la demande d'autorisation de traitement à l'étranger dûment remplie conformément à l'article 27 des présents statuts à la Caisse nationale de santé. Dès réception de la demande, la Caisse nationale de santé procède à la vérification des conditions de forme.

(2) Sauf demande contraire de la personne protégée, la Caisse nationale de santé apprécie la demande au regard de l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, pour autant qu'elle concerne un traitement dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen.

(3) En cas de demande expresse de la personne protégée de bénéficier de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé joint à sa décision une lettre d'information rappelant à la personne protégée son droit de solliciter une autorisation de traitement dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(4) Dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 1^{er}, points 1) à 3) des présents statuts et après vérification de la demande quant à sa conformité aux conditions de forme prévues par les

présents statuts, la Caisse nationale de santé transmet la demande au Contrôle médical de la sécurité sociale aux fins de l'appréciation du volet médical.

(5) Dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 1^{er}, points 1) à 3) des présents statuts, le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis motivé négatif si les prestations sollicitées ne sont pas conformes aux articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

(6) La Caisse nationale de santé disposant de l'information relative à la date de début de traitement, ne peut refuser d'accorder l'autorisation de traitement à l'étranger

1) si les prestations demandées font partie des prestations prises en charge en vertu de l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale et si selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale elles ne peuvent être dispensées au Luxembourg à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, sur base d'une évaluation médicale objective, documentée sur la demande d'autorisation, de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur ou de la nature de son handicap au moment de cette demande.

2) si les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, mais qu'elles sont indispensables selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(7) Si les conditions pour l'autorisation de traitement à l'étranger sont remplies dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, et sauf demande contraire de la personne protégée sollicitant la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé procède à l'émission d'un formulaire S2. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre du traitement à l'étranger en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(8) Si les conditions en vue de l'autorisation préalable ne sont pas remplies au regard du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, mais que les conditions sont remplies pour l'octroi d'une autorisation de traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une autorisation dans le cadre de l'article 20 du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale.

(9) Si la demande d'autorisation de traitement à l'étranger porte sur des prestations de soins de santé transfrontaliers à délivrer dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen ou qu'un pays lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, et en cas d'accomplissement des conditions de forme prévues par les présents statuts, la Caisse nationale de santé procède sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, à l'émission d'une autorisation en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

(10) Si les conditions prévues pour l'obtention d'une autorisation de traitement à l'étranger ne sont remplies en vertu ni du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, ni de l'article 20, ni de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une décision de refus de prise en charge.

(11) La Caisse nationale de santé transmet la décision à la personne protégée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard trois semaines après la date de réception de la demande complète. Si la Caisse nationale de santé n'est pas en mesure de répondre à la demande dans ce délai, elle en informe la personne protégée et lui fait part des circonstances suspendant le délai de traitement de la demande.

(12) Le cas échéant un titre de prise en charge pour le moyen de transport autorisé est émis.

Sous-section 4: Modalités de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable

1. Dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004

Art. 29. (1) Les prestations de soins de santé transfrontaliers dont la délivrance à l'étranger est dûment autorisée par la Caisse nationale de santé au moyen d'un formulaire S2, sont prises en charge en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 conformément à la législation de l'Etat membre de séjour comme si la personne protégée y était assurée.

(2) Au cas où du fait d'un niveau de prise en charge moins élevé dans l'Etat membre de séjour que dans l'Etat membre d'affiliation, l'application de la législation de l'Etat membre de séjour dans le cadre d'un traitement autorisé en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 laisse subsister un découvert dans ses dépenses, la personne protégée a droit, sur demande, au paiement d'un complément différentiel, selon l'article 26, paragraphe 7 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, par la caisse de maladie compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale.

Pour les traitements autorisés en milieu hospitalier stationnaire, le complément différentiel s'applique jusqu'à concurrence des participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation de l'Etat membre de séjour, déduction faite du montant prévu à l'article 142, alinéa 2, pour autant que ce montant est inférieur à la participation ou la franchise. Pour les traitements autorisés en milieu extrahospitalier ou en milieu hospitalier ambulatoire, le complément différentiel s'applique aux participations éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant des participations qui resteraient à charge de la personne protégée après application des dispositions prévues par les nomenclatures et les présents statuts, pour autant que ce montant est inférieur aux participations dues dans l'Etat membre de séjour. Ne sont pas prises en considération pour l'appréciation d'un droit à un complément différentiel, les prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

(3) Si en vertu de la législation étrangère applicable, l'ampleur des prestations dues aux assurés sociaux de l'étranger varie en fonction de critères sociaux, économiques ou géographiques, ou si leur obtention est soumise à des règles d'exception, la personne protégée bénéficiant d'un transfert autorisé a droit à la prise en charge la plus favorable prévue par cette législation. Le cas échéant, les prestations afférentes peuvent être prises en charge par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant.

2. Dans le cadre de l'article 20 ou de l'article 20 bis du Code de la sécurité sociale

Art. 29 bis. La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu de l'article 20 ou de l'article 20 bis du Code de la sécurité sociale se fait conformément aux dispositions de l'article 23 des présents statuts en ce qui concerne les prestations du secteur extrahospitalier et celles du secteur hospitalier ambulatoire et conformément aux dispositions de l'article 25 des présents statuts pour les frais liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et qui ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

3. Frais de séjour

Art. 29 ter. Les frais de séjour d'une personne protégée qui suit à l'étranger un traitement ambulatoire autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 94,44 €].

Les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour y subir un traitement en milieu hospitalier aigu ou une consultation autorisés sont à charge de l'assurance maladie selon les tarifs prévus à l'alinéa précédent sur base d'une demande expresse appuyée d'une justification établie par le médecin traitant étranger. Une justification spéciale n'est pas requise lorsque le patient est un mineur d'âge.

4. Cures à l'étranger

Art. 30. Les cures à l'étranger sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions et suivant les modalités prévues à l'article 28 des présents statuts et à condition :

- d'avoir été autorisées préalablement par la Caisse nationale de santé sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 1^{er}, points 1) à 3) des présents statuts ;
- d'avoir été autorisées préalablement par la Caisse nationale de santé dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 2 des présents statuts.

La prise en charge des cures dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux articles 78 à 80 des présents statuts. Les frais de séjour non compris dans le tarif sont pris en charge dans les limites prévues à l'article 79. Toutefois, et par dérogation à l'article 79, alinéa 2, les frais de location d'un appartement sont remboursés jusqu'à concurrence des forfaits visés à l'article 79 sur présentation du contrat de location dûment signé et daté et de la quittance établie au nom du curiste s'y rapportant. En cas de cure autorisée à l'étranger d'un mineur d'âge, les frais de séjour d'une personne accompagnante sont à charge de l'assurance maladie sur demande expresse et jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 79 des statuts.

Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

Chapitre 7. - Consommation abusive de prestations de soins

Art. 31. Est considéré comme abus de consommation de prestations à charge de l'assurance maladie, le fait par la personne protégée

a) de se faire délivrer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical, des prestations de soins de santé ou des fournitures sur prescription d'un médecin que, en inobservation des prescriptions de l'article 37, elle a sciemment laissé dans l'ignorance des moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en œuvre par d'autres médecins pour les mêmes troubles de la santé au cours des trois mois précédents ;

b) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de deux médecins différents de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois consécutifs ;

c) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de trois médecins différents de quelque discipline que ce soit dans un intervalle de trois mois. Les services des médecins-dentistes, des radiologues, des ophtalmologues et des médecins en anesthésie-réanimation ne sont pas pris en compte aux fins de la détermination du nombre de médecins sollicités ;

d) de provoquer la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, de psychomotricité ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement dûment prescrit et autorisé ;

e) de se procurer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical des médicaments qui sont prescrits par au moins deux médecins différents à des doses qui seules ou en association dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques ou qui sont pris dans des troubles non-repris dans les indications pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été accordée.

Sanctions de la consommation abusive de soins et de fournitures de santé à charge de l'assurance maladie

Art. 32. Les décisions portant constatation par le Contrôle médical des abus visés à l'article précédent sont notifiées à la personne protégée dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le Code de la sécurité sociale. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement application immédiate des sanctions prévues aux présents statuts par les instances compétentes.

Les sanctions sont pareillement appliquées en cas de jugement coulé en force de chose jugée confirmant les abus constatés.

Les sanctions sont les suivantes :

a) Pour la première constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent il est prononcé un avertissement

b) Pour la deuxième constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent

- la prise en charge des prestations et fournitures de même nature dont la délivrance injustifiée est obtenue par les faits visés à l'article [31](#), sous a) et e) est refusée ;
- la prise en charge des honoraires des médecins sollicités en dernier lieu et par dépassement de la norme prévue par l'article [31](#), sous b) et c), ainsi que des prestations et fournitures prescrites par ces médecins est refusée ;
- dans le cas visé à l'article [31](#), sous d), la prise en charge des prestations prévues par l'ordonnance médicale se rapportant au traitement interrompu est refusée.

La Caisse nationale de santé procède à la récupération des sommes correspondantes aux prestations et fournitures abusivement obtenues au cours d'une période maximale de vingt-quatre mois précédant la décision afférente du conseil d'administration, sans que le point de départ de cette période ne puisse se situer antérieurement à la date de la première constatation de l'abus par le conseil d'administration.

c) Dans le cas de récidive dans le délai de vingt-quatre mois à compter de la dernière décision coulée en force de chose jugée sanctionnant un des abus prévus sous a), b), c) et e) de l'article [31](#), la personne protégée est domiciliée temporairement auprès d'un médecin omnipraticien de son choix. Les services de médecins-spécialistes qu'elle sollicite durant cette période à charge de l'assurance maladie sont obtenus par un transfert du médecin généraliste.

Sauf le cas d'urgence les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en contravention aux dispositions visées sous c) ci-dessus ne donnent pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Dans les mêmes conditions et dans les cas visés à l'article [31](#), sous a) et e), la personne protégée peut également être domiciliée temporairement auprès d'un pharmacien de son choix.

La durée de la domiciliation est fixée par l'instance compétente en rapport avec l'importance des abus constatés. Elle ne peut excéder une période de deux ans. Elle peut toutefois être renouvelée pour la même durée maximale pour chaque récidive.

Art. 33. Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est refusée à titre de sanction font l'objet d'une communication à la personne protégée et aux médecins et prestataires intéressés.

Si à la découverte des faits ou si, au moment où la décision constatant l'abus est coulée en force de chose jugée, la prise en charge des prestations par l'assurance maladie est consommée, il naît en faveur de la Caisse nationale de santé à l'égard de la personne protégée et de sa succession une créance au sens de l'article [441](#) du Code de la sécurité sociale jusqu'à concurrence des montants faisant l'objet des sanctions prévues à l'article [32](#).

Si la personne protégée ou sa succession ne s'acquittent pas des montants dans les trente jours de leur réclamation, la Caisse nationale de santé est en droit de procéder par compensation conformément à l'article [441](#) du Code de la sécurité sociale ce, sans préjudice de son droit de recourir aux voies de recouvrement forcées prévues par le droit commun.

Titre II. - Règles particulières pour l'obtention et la prise en charge des différentes catégories de prestations de soins de santé et de fournitures

Chapitre 1. - Soins médicaux

Exclusions

Art. 34. Sans préjudice d'autres exclusions de prise en charge prévues par les lois, règlements, conventions et les présents statuts, les soins médicaux dispensés par des médecins dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par la convention visée à l'article 61, sous 1) du Code de la sécurité sociale, ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Taux de prise en charge

Art. 35. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes médicaux sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%), sous réserve des exceptions prévues ci-après.

Pour les visites médicales en milieu extrahospitalier délivrées sur une personne protégée âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte, il est déduit du taux de prise en charge visé à l'alinéa qui précède une participation de l'assuré s'élevant à vingt pour cent (20 %) du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien.

Pour les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services des médecins qui ne sont pas visés à l'alinéa précédent, il est déduit du taux de prise en charge visé à l'alinéa 1er une participation de douze pour cent (12 %), pour autant que ces actes et services soient réalisés en dehors d'un traitement hospitalier stationnaire ou admis dans un service hôpital de jour au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et que la personne protégée soit âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte.

La participation prévue à l'alinéa précédent n'est pas applicable :

1. aux traitements par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse;
2. aux examens à visée préventive et de dépistage (chapitre 6 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux);
3. aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive (positions 8V53, 8V57, 8V58, 1G91 à 1G96)
4. aux forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour prévus au chapitre 8 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux;
5. ainsi qu'aux consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (chapitre 10 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux).

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge dans les cas limitativement prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins au taux de cent pour cent (100%) sur base d'un tarif établi conformément aux conditions et modalités y prévues. En cas de visite au domicile de la personne protégée la prise en charge se fait seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite (au lieu de prestation). La présente disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin dans le cadre du service de nuit en médecine générale, ceux du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel, ainsi que ceux effectués en cas

de mise en compte du code de l'acte V801 de la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale sont pris en charge intégralement.

Art. 35 bis. L'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) le forfait pour la coordination des soins et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée prévu au chapitre 9 de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux dans les conditions suivantes:

1. la personne protégée est atteinte d'une affection de longue durée énumérée à l'article 20 de la nomenclature des actes et services des médecins;
2. la personne protégée a désigné un médecin référent au sens de l'article 19 bis du Code de la sécurité sociale et en vertu de l'annexe V de la convention conclue entre la CNS et l'Association des médecins et médecins dentistes;
3. la personne protégée dispose d'un DSP dûment activé.

Art. 35 ter. Dans le cadre de toute mesure édictée par le Ministère de la santé relative à l'épidémie de Coronavirus (COVID-19), l'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100 %) :

- le forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 prévu au tableau des actes et services de la première partie « actes généraux », chapitre 1^{er} « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position FC45) ;
- le forfait horaire et la majoration pour frais connexes du forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 prévus au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 7 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (positions FD45 et FD46) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 7h et 19h, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », Chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C801) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 19h et 22h, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C802) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite le dimanche ou un jour férié légal, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la

prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C803) ;

- le forfait pour l'inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la santé, d'un patient reconnu vulnérable, prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C46) ;
- le forfait pour vaccination contre la COVID-19 et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé, prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C47) ;
- le forfait réservé aux médecins spécialistes en médecine générale, gériatrie, pédiatrie et médecine interne pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale, et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », Chapitre 2 « Visites », section 1ère « Visites en milieu extra-hospitalier » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position V 801).

Limitation des prestations

Art. 36. Sauf autorisation préalable ou justification admise par la caisse sur avis conforme du Contrôle médical, ne sont pas prises en charge

- plus d'une consultation ou visite du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par vingt-quatre heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence,
- plus de deux consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par période de sept jours,
- plus de douze consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par semestre, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Les renouvellements d'ordonnance et les injections et pansements en série ne sont pas pris en considération pour l'application des dispositions qui précèdent.

Il n'est pas pris en charge plus d'une consultation majorée de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois, exception faite pour celles données par les médecins spécialistes en neurologie ou en neuropsychiatrie. En cas de délivrance dans cet intervalle d'un nombre supérieur de consultations majorées, celles-ci sont prises en charge au tarif de la consultation normale.

Ne sont pris en charge que trois échographies obstétricales par cas de grossesse, sauf en cas d'hospitalisation stationnaire continue pendant une durée d'au moins trois jours pour pathologie fœtale ou maternelle ayant des répercussions sur l'état de santé du fœtus.

L'assurance maladie prend en charge la mesure de la densité osseuse effectuée selon le procédé DXA uniquement dans les pathologies limitativement énumérées à l'annexe C des

statuts. L'examen sera pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 10 ans, le délai entre deux mesures devant être au moins de deux ans. Dans des cas exceptionnels et sur présentation d'un dossier détaillé, la prise en charge d'examens supplémentaires pourra être accordée par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Pour être opposable à l'assurance maladie le mémoire d'honoraires en question doit être accompagné de l'ordonnance médicale indiquant le code de la pathologie en cause.

Conditions et modalités particulières

Art. 37. La personne protégée est tenue d'indiquer au médecin qu'elle consulte si les troubles de la santé dont elle se plaint ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, telles analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. Elle doit indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés.

Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article [161](#).

Convenance personnelle et dépassements de tarifs

Art. 38. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées ainsi que des dépassements de tarifs des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article [66](#), alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Chapitre 2. - Soins de médecine dentaire

Taux de prise en charge

Art. 39. Au-delà d'un montant-limite annuel intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits au [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie sont pris en charge à raison de quatre-vingt-huit pour cent (88 %) des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du [Code de la sécurité sociale](#) applicables au moment de leur délivrance. Le montant-limite prévisé correspond au coefficient de 12,43 multiplié par la valeur de la lettre-clé au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 applicable à la date de prestation.

La participation prévue à l'alinéa 1 n'est pas applicable

1. à l'examen dentaire prévu au tableau des actes et services à la première partie, chapitre 6, section 1^{re} du [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie ;
2. aux actes et services prévus au [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie dispensés aux enfants et jeunes de moins de 18 ans accomplis

dans le cadre du programme de médecine préventive institué en matière de traitement dentaire des enfants et des jeunes.

Par dérogation à l'alinéa premier, les frais pour implants osseux sur le crâne et la face prévus au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 4 du [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sont pris en charge à raison de cent pour cent (100 %) des tarifs conventionnels.

Par dérogation à l'alinéa premier, les frais pour prothèses dentaires inscrites au [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent (80%) des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent (100%) de ces tarifs.

Par dérogation à l'alinéa précédent les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de cent pour cent (100%) des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale applicables au moment de leur délivrance pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse.

La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

L'alinéa 5 de l'article [35](#) est applicable.

Limitation des prestations

Art. 40. (1) L'assurance maladie ne prend en charge les anesthésies locales ou régionales prévues sous les codes DS20, DS21 au tableau des actes et services à la deuxième partie du [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie ou sous le suffixe « L » visé à l'article 12 [dudit règlement](#) que dans les cas de figure et selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous :

1) En cas d'obturations et de désobturations (codes DS14, DS84, DS15, DS85, DS16, DS86, DS41, DS42, DS43, DS44 et DS19), d'extractions dentaires (codes DS61 à DS68) et des soins dentaires prévus au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 2 du [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (codes DS72, DS77, DS78), d'extractions chirurgicales (codes DS69 à DS96), de pulpectomies (codes DS10, DS11 et DS12), de pose et d'activation d'un implant intraosseux (codes DB97 et DB98), ou de traitements médico-dentaires prévus au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 9 du [règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998](#) arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie au niveau du maxillaire inférieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie régionale par séance et par hémi maxillaire.

2) Au niveau du maxillaire supérieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie locale par séance et

- a. par dent à extraire (codes DS61, DS63 à DS68 et DS88 à DS94) et par soin dentaire prévu au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitres 2 et 3 du

règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (codes DS69, DS72 à DS78, DS95 et DS96), sachant que pour les codes DS73 à DS76, une anesthésie locale est prise en charge lorsqu'elle est effectuée dans une autre séance que celle lors de laquelle l'extraction a été réalisée

- b. par dent à dévitaliser (codes DS10, DS11 et DS12)
- c. par dent à obturer et désobturer (codes DS14, DS84, DS15, DS85, DS16, DS86, DS41, DS42, DS43, DS44 et DS19)
- d. par implant intraosseux à poser et avec dégagement et activation (codes DB97 et DB98) ainsi que
- e. par hémi maxillaire pour les traitements médico-dentaires prévus au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 9 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et effectués sous anesthésie locale.

(2) Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par le Contrôle médical et si le coefficient masticatoire est inférieur à cinquante pour cent.

(3) Les rebasages total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par prothèse et par année de calendrier à partir du deuxième rebasage.

(4) Le détartrage dans le cadre de soins généraux est pris en charge deux fois par année de calendrier. Le détartrage dans le cadre d'un traitement parodontal est pris en charge une fois par année de calendrier.

Art. 41. Dans les cas prévus au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie et à la convention conclue avec le corps médico-dentaire, la prise en charge des prestations est soumise à la présentation d'un devis préalable.

Délais de renouvellement des prothèses

Art. 42. Les prothèses conjointes ne sont renouvelées que par périodes de douze ans.

Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les cinq ans.

Par dérogation aux alinéas 1 et 2 du présent article, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas de figure limitativement énumérés ci-dessous:

- Fracture osseuse maxillo-faciale
- Néoplasie intéressant la région maxillo-buccale
- Traitement aux biphosphonates à très haute dose
- Traitement prothétique dentaire avant l'âge de 17 ans accomplis.

Les traitements d'orthodontie

Art. 43. Aucun code du chapitre 9 du tableau des actes et services à la deuxième partie du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie ne peut être pris en charge plus d'une seule fois, à l'exception des codes énumérés ci-dessous :

- le code DT10 pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 5 ans, le délai entre deux DT10 devant être au moins de 365 jours
- les codes DT36 et DT46 (traitements orthodontiques pour fente labiale ou labio-maxillaire) pris en charge au maximum une fois par année de calendrier sur une période de 3 ans.

Dans le cas où les codes DT61 ou DT62 ont été mis en compte, les codes DT10 à DT46 ne peuvent plus être pris en charge.

A l'exception des codes DT10 et DT11, les actes du chapitre 9 du tableau des actes et services à la deuxième partie du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie ne sont pris en charge que sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical.

Le remboursement des frais du traitement d'orthodontie ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés et sans préjudice des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 9 dudit règlement ne sont valables que si le traitement autorisé est commencé dans un délai de douze mois à compter de la date de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le délai prévu au présent alinéa et la condition d'âge prévue au tableau des actes et services à la deuxième partie, chapitre 9 dudit règlement sont appréciés à la date de placement de l'appareil. Le délai prévu au présent alinéa ne s'applique pas aux autorisations se rapportant aux positions DT36 et DT46.

Convenance personnelle et dépassement de tarifs

Art. 44. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées, des dépassements de tarifs des médecins et médecins-dentistes pour l'hospitalisation en première classe, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires, visés à l'article 66, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Chapitre 3. - Traitements des professionnels de santé autres que médecins

Exclusions et limitations

Art. 45. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les soins dispensés par les prestataires visés par les conventions prévues à l'article 61, sous 3) du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par ces conventions.

La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la

même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

Indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires du prestataire

Art. 46. Des indemnités pour des contraintes extraordinaires ou pour perte d'honoraires peuvent être mises en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Art. 47. Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité.

Section 1. - Soins infirmiers

Taux de prise en charge

Art. 48. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des infirmiers sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance. Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100 %) pour les actes infirmiers prestés

- à des personnes protégées n'ayant pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis au moment de l'établissement de l'ordonnance,
- à des personnes disposant d'un plan de prise en charge au sens de l'article 350 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 ou d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979.

Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge à condition que la nécessité de dispenser les soins infirmiers au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 49. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des infirmiers ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Art. 50. Par dérogation à l'article 14, alinéa 1 des présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie des actes N801 à N804 de la nomenclature des actes et services des infirmiers n'est pas soumise à la production d'une ordonnance médicale.

Art. 51. Le prélèvement de sang veineux pour analyse prévue dans la nomenclature des actes et services des infirmiers sous le code N106 n'est pris en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Section 1bis. - Soins de diététique

Taux de prise en charge

Art. 52. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88 %) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance, pour autant que ces actes soient prescrits à une personne protégée qui présente au moins une des pathologies prévues à l'annexe E des présents statuts.

Par dérogation le taux de prise en charge est de cent pour cent (100 %) lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de diététique délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 53. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les diététiciens, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de quatre-vingt-dix (90) jours de l'émission de l'ordonnance médicale. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le diététicien conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des diététiciens. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance médicale auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 54. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances médicales portant sur les actes des diététiciens, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- Le code ou le libellé de la nomenclature des actes et services des diététiciens se rapportant aux actes prescrits,
- La ou les pathologies justifiant la prise en charge des prestations de diététique selon la codification prévue à l'annexe E des présents statuts,
- Le cas échéant, le nombre précis de consultations.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de douze mois (12) à partir de la date d'établissement de l'ordonnance portant prescription de la première consultation du traitement diététique initial respectivement de la prolongation du traitement diététique ne sont plus opposables à l'assurance maladie.

Limitations des prestations

Art. 54 bis. (1) L'assurance maladie ne prend en charge les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens que si les prestations sont prescrites dans le cadre d'un traitement diététique à une personne protégée souffrant d'au moins une des pathologies prévues à l'annexe E.

(2) L'assurance maladie ne prend en charge qu'une seule prolongation d'un traitement diététique, sauf dans le cadre d'un traitement diététique de l'obésité ou des troubles des conduites alimentaires (codes D09, D10 et D15 figurant à l'annexe E) pour lequel deux prolongations peuvent être prises en charge.

Pour prendre en charge la prolongation d'un traitement diététique (code ZD21), l'ordonnance médicale en portant prescription est établie :

– soit dans un délai de maximum six (6) mois à compter de la date de prestation de la quatrième (4e) consultation de suivi dans le cadre d'un traitement initial (code ZD13) ;

– soit dans un délai de maximum 18 mois à compter de la date d'établissement de l'ordonnance médicale portant prescription du traitement diététique initial, sous réserve qu'au moins la consultation initiale (code ZD11), la consultation de conseil et documentation (code ZD12) et une consultation de suivi (code ZD13) aient été prises en charge ;

– soit après la date de prestation de la quatrième (4e) consultation de suivi dans le cadre d'une prolongation d'un traitement diététique (code ZD21) de l'obésité ou des troubles des conduites alimentaires (codes D09, D10 et D15 figurant à l'annexe E).

(3) L'assurance maladie ne prend en charge qu'un seul traitement diététique initial par pathologie tous les trois (3) ans. Le délai de trois (3) ans court à compter de la date de la consultation initiale délivrée dans le cadre du traitement diététique initial.

En cas de pluralité de pathologies ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie d'un traitement diététique, le diététicien doit assurer le suivi simultané des pathologies inscrites à l'ordonnance médicale, sans pouvoir excéder le traitement de trois (3) pathologies. Un titre de prise en charge pour une pathologie supplémentaire ne peut être obtenu que si le traitement diététique prévu sur base du titre de prise en charge en cours est délivré.

Section 2. - Soins de kinésithérapie

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) dans les situations limitativement énumérées ci-dessous:

- lorsque la personne protégée présente une des pathologies lourdes prévues à l'annexe G sous I des présents statuts,
- lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance,
- pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur et ce jusqu'à concurrence de trente-deux (32) séances de traitement, à condition:

1° que la prescription soit établie dans le délai de quatre (4) mois à compter de la date de l'intervention,

2° que ces actes soient délivrés dans le délai de quatre (4) mois à compter de la date de la validation de l'ordonnance médicale,

– pour les bilans prévus dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

Le forfait de déplacement du masseur-kinésithérapeute est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins de kinésithérapie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de kinésithérapie délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Art. 56. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente et un (31) jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le masseur-kinésithérapeute conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des masseurs-kinésithérapeutes. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 57. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- la localisation anatomique de la pathologie d'après la codification figurant à l'annexe G sous III des présents statuts,
- le nombre précis de séances,
- pour la rééducation respiratoire: la fréquence d'application par semaine,
- le type du traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante,
- le cas échéant, la demande d'établissement d'un bilan,
- le cas échéant, le code de la pathologie lourde figurant à l'annexe G sous I des présents statuts,
- la date de l'intervention en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de trois (3) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Par dérogation, ce délai est:

- de douze (12) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale en cas de pathologie lourde prévue à l'annexe G sous I des présents statuts;
- de quatre (4) mois à partir de la date de la validation de l'ordonnance dans les cas prévus à l'article 55, alinéa 2, tiret 3 des présents statuts.

Art. 58. En cas de pathologie courante les actes de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance sauf pour les positions ZK16 et ZK17 où le nombre maximum de séances par ordonnance est de 24. Par dérogation, le nombre maximal par ordonnance est de 64 séances en cas de pathologie lourde et de 32 séances en cas de rééducation post-chirurgicale.

Section 3. - Soins d'orthophonie

Taux de prise en charge

Art. 59. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des orthophonistes sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de 100 %, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Les frais de déplacement de l'orthophoniste sont pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins d'orthophonie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 60. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés par les orthophonistes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les actes prescrits dépassent l'utile et le nécessaire.

Art. 61. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations d'orthophonie ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des orthophonistes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- le diagnostic médical,
- le début de l'affection,
- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- le nombre précis de séances.

Art. 62. (abrogé)

Art. 63. (abrogé)

Section 4. - Soins de sage-femme

Taux de prise en charge

Art. 64. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des sages-femmes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100 %), à l'exception de l'acte S45, qui est pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88 %).

Limitations des prestations

Art. 65. Dans le cadre de l'épidémie COVID-19, l'assurance maladie ne prend en charge par grossesse que cinq (5) téléconsultations en période prénatale et cinq (5) téléconsultations en période postnatale correspondant au code S45 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes.

Le code VSF81 ne sera pris en charge par l'assurance maladie que si les séances y relatives sont exécutées dans un délai de douze (12) mois à partir de la date de l'accouchement.

Art. 66. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de sages-femmes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de l'émission de l'ordonnance.

Art. 66bis. Sur prescription des sages-femmes, les médicaments, dispositifs médicaux et analyses de laboratoire énumérés limitativement au [règlement grand-ducal réglementant la profession de sage-femme](#) sont pris en charge par l'assurance maladie sous réserve de l'accomplissement des conditions et d'après les modalités prévues pour les prescriptions médicales dans les chapitres 4 du titre I et les chapitres 4, 8 et 13 du titre II de la première partie des présents statuts.

Section 5. - Soins de psychomotricité

Taux de prise en charge

Art. 67. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychomotriciens, dûment autorisés préalablement par le Contrôle médical, ainsi que les bilans, sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de 100 %, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de quatre-vingt pour cent (80%) pour les actes concernant la relaxation.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Limitation des prestations

Art. 68. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de psychomotricité ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

En cas de délais d'attente dépassant la durée de six mois, certifiés par le prestataire, la disposition qui précède ne s'applique pas.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 69. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins de psychomotricité doit être autorisée par le Contrôle médical.

Les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

Frais de déplacement

Art. 70. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Section 6. - Soins palliatifs

Art. 71. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services et dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, point 12) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, lorsque la personne protégée dispose du droit aux soins palliatifs conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Chapitre 3bis. – Soins de psychothérapie

Taux de prise en charge

Art. 71bis. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychothérapeutes sont pris en charge au taux de soixante-dix pour cent (70 %) des tarifs fixés au moment de leur délivrance.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100 %) lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art 71ter. (1) Dans la limite des taux et modalités prévus au présent chapitre, l'assurance maladie prend en charge uniquement les soins de psychothérapie inscrits dans la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes et dispensés dans le respect de la [loi modifiée du 14 juillet 2015](#) portant création de la profession de psychothérapeute et du [règlement grand-ducal du 12 février 2021](#) portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif de la profession de psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg.

(2) L'assurance maladie prend en charge par période de cinq (5) ans et par personne protégée :

- au maximum trois (3) séances de psychothérapie d'initiation,
- au maximum vingt-quatre (24) séances de psychothérapie de soutien dispensées à la suite d'une psychothérapie d'initiation.

L'assurance maladie prend en charge par période de dix (10) ans et par personne protégée au maximum cent vingt (120) séances de psychothérapie de soutien prolongée dispensées à la suite d'une psychothérapie de soutien.

Les périodes de cinq (5) ans, respectivement de dix (10) ans prévues aux alinéas 1er et 2 du présent paragraphe sont calculées à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale opposable à l'assurance maladie et ayant abouti à la prise en charge d'une à trois séances de psychothérapie d'initiation.

Ordonnance médicale

Art 71quater. Par l'émission d'une ordonnance médicale prescrivant des actes de psychothérapie, le médecin prescripteur atteste la non-existence de contre-indication médicale à une psychothérapie, l'absence d'une origine somatique du trouble mental ou comportemental, respectivement le traitement en cours de celle-ci, et qu'un traitement psychothérapeutique est approprié.

Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des psychothérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Pour obtenir la prise en charge par l'assurance maladie, l'ordonnance médicale, si elle n'est pas préalable à la psychothérapie d'initiation, doit être établie au plus tard dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de prestation de la séance de psychothérapie d'initiation dont le remboursement est demandé.

Par ordonnance médicale, l'assurance maladie prend en charge :

- soit jusqu'à trois (3) séances de psychothérapie d'initiation et/ou jusqu'à vingt-quatre (24) séances de psychothérapie de soutien,
- soit jusqu'à vingt-quatre (24) séances de psychothérapie de soutien prolongée.

Chapitre 4. - Analyses et examens de laboratoires effectués en dehors du milieu hospitalier.

Exclusions

Art. 72. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les prestations de laboratoire ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires non autorisés par les différentes nomenclatures, ou non couverts par les conventions visées à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

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.

Les analyses de laboratoire effectuées à des fins de recherche ne sont pas prises en charge.

La prise de sang à domicile prévue dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales sous le code BY004 n'est prise en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Taux de prise en charge

Art. 73. Sous réserve de l'accomplissement des dispositions prévues dans le présent chapitre, les actes de laboratoire inscrits dans la nomenclature des actes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance.

Forfait de déplacement

Art. 74. Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale pour effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 75. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de laboratoire ou de biologie clinique ne sont opposables à l'assurance maladie que dans un délai de deux mois à dater de l'émission de l'ordonnance médicale. Toutefois en cas de fractionnement de la délivrance des prestations, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la date d'émission de l'ordonnance.

Art. 75 bis. (abrogé)

Chapitre 5. - Cures thérapeutiques

Art. 76. (abrogé)

Conditions et modalités particulières

Art. 77. Les cures thermales et thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale et délivrées dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-

Bains conventionné sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge par l'assurance maladie lorsque la personne protégée présente une ou plusieurs affections caractérisées pour lesquelles ces cures sont médicalement indiquées et selon les conditions et modalités prévues ci-après.

La cure thermale pour stase lympho-veineuse T180 prévue à la section 5 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains n'est prise en charge que dans les indications suivantes:

- insuffisance veineuse compliquée;
- lymphoedème.

Les cures thermales pour obésité pathologique T190 (cure stationnaire) et T192 (cure ambulatoire) prévues à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ne pourront être prises en charge que lorsque la personne protégée présente soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur à 35, soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur ou égal à 30 en association avec au moins l'un des critères suivants:

- diabète sucré avec HbA1c > 7%
- hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs
- syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil
- type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)
- antécédents cardiologiques (coronaropathie/cardiomyopathie documentée).

En cas de suivi d'une cure d'obésité stationnaire, le déjeuner et le dîner doivent obligatoirement être pris au Centre thermal.

Formalités administratives

Art. 77 bis. (1) Les cures thermales et thérapeutiques visées à l'alinéa 1 de l'article 77 des présents statuts sont à charge de l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au Centre thermal et visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux modules de renforcement prévus à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

La cure prévue à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains est prise en charge par l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une prescription par le médecin traitant.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux séances d'entretien prévues à la section 8 du règlement grand-ducal susvisé.

(2) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

(3) Pour les actes prévus au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise.

Taux de prise en charge des prestations

Art. 78. Les prestations prévues au règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de quatre-vingts pour cent (80 %).

Par dérogation à l'alinéa précédent, les prestations T260 et T261 prévues au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Les prestations de kinésithérapie mises en compte par le Centre thermal et de santé d'après la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes sont prises en charge d'après les conditions prévues aux articles 55 à 58 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 79. Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixé forfaitairement à six euros cinquante cents (6,50 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 61,39 €]. La part forfaitaire à charge de l'assurance maladie est due par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle à l'effet d'héberger des personnes, situé sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains, sans que toutefois le montant remboursé ne puisse dépasser les frais effectivement exposés.

Aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance maladie pour un logement sous tente, en roulotte ou en chambre meublée ou non meublée auprès de particuliers.

Les personnes protégées ayant leur résidence officielle dans la commune de Mondorf-les-Bains ont droit, sur documentation de factures acquittées se rapportant aux dates où elles ont suivi le programme de cure, à un montant forfaitaire à charge de l'assurance maladie de un euro et quatre-vingt-dix cents (1,90 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 17,94 €].

La part à charge de l'assurance maladie est liquidée sur présentation d'une facture d'un des établissements visés à l'alinéa premier ci-dessus. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les factures acquittées doivent être établies explicitement au nom du curiste. Elles doivent porter la date de leur établissement et indiquent obligatoirement le nombre de nuitées effectives, ainsi que les dates du début et de la fin du séjour du curiste.

Si, en raison de l'arrêt normal du programme de cure en fin de semaine et les jours fériés légaux, la personne protégée interrompt son séjour, elle n'a droit pour ces jours à aucune part à charge de l'assurance maladie.

Limitation des prestations

Art. 80. (1) A l'exception des cures ambulatoires pour les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires (DBC nuque, épaule et dos) prévues dans le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, la personne protégée a droit à une seule cure de même nature par an. L'autorisation de la Caisse nationale de santé est renouvelable au plus tôt douze mois après la fin de la cure antérieure.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le nombre de cures pour obésité pathologique prévues à la section 6 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie est limité à deux par personne protégée.

L'assurance maladie prend en charge 14 modules de renforcement dans les 18 mois à partir de la fin de la cure d'obésité pathologique prévue à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

L'assurance maladie prend en charge 12 modules de renforcement suite à une chirurgie bariatrique dans les 12 mois à partir de la date d'émission du titre de prise en charge.

(2) Les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sous les codes T200, T203 et T206 sont à réaliser par un cycle de 24 séances à finaliser dans les 6 mois sauf interruption pour raison médicale certifiée par le médecin traitant et acceptée par la Caisse nationale de santé.

Le délai d'attente entre deux séries de traitement de même niveau est fixé à 24 mois sauf pour les épaules où un nouveau cycle de 24 séances peut être accordé en cas de pathologie de l'épaule de l'autre côté.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge les séances d'entretien prévues à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains qu'à la condition qu'un cycle de 24 séances de traitement initial ait été accordé et effectué antérieurement. La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à 2 séances d'entretien par mois.

(4) Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

(5) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans un délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.

Art. 81. (abrogé)

Chapitre 6. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation, réadaptation psychiatrique, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique

Section 1. – Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique

Délimitation des prestations

Art. 82. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou dans les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique prévus à l'article 5 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sont pris en charge suivant les modalités prévues à l'article 142 des présents statuts et par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions prévues à la présente section.

Les traitements ambulatoires dans le CNRFR ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement en milieu hospitalier.

Les traitements ambulatoires de rééducation gériatrique ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement stationnaire en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser une durée maximale de deux mois. Le traitement stationnaire précédant le traitement ambulatoire doit avoir eu une durée d'au moins sept jours.

Les traitements stationnaires et ambulatoires dans le service national de réhabilitation physique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical. L'autorisation est accordée, par cas et par année de calendrier, pour une durée maximale de trente (30) jours pour un traitement stationnaire et pour une durée maximale de dix (10) jours pour un traitement ambulatoire.

Les traitements stationnaires et ambulatoires dans le service national de réhabilitation post-oncologique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la CNS. L'autorisation est accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la CNS et le corps médical et à condition que

- 1° selon attestation du médecin traitant la personne protégée présente des limitations fonctionnelles, des comorbidités ou une altération de l'état général imputable au cancer ou résultant de la thérapie poursuivie,
- 2° l'état clinique de la personne protégée est stable,
- 3° la date de début de la réhabilitation sollicitée se situe dans le délai de trois (3) mois après la fin de la thérapie aigue pour un cancer.

L'autorisation prévue à l'alinéa précédent est accordée, par cas par année de calendrier, pour une durée maximale de trente (30) jours pour un traitement stationnaire et pour une durée maximale de dix (10) jours pour un traitement ambulatoire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 83. Le traitement stationnaire dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital est subordonné à une autorisation du Contrôle médical. La demande d'autorisation doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de trois jours ouvrables à partir de l'entrée à l'hôpital. L'autorisation est soumise à une demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant obligatoirement une évaluation complète des fonctions motrices et cognitives du patient au moment de l'admission au moyen de l'instrument MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) et, le cas échéant, de toute autre échelle d'évaluation adaptée à la pathologie du patient. Le rapport médical doit contenir, en outre, le diagnostic, l'anamnèse du patient, le plan détaillé de traitement avec le nombre et la nature de séances de traitement par jour et par semaine, le but du traitement et la durée prévisionnelle du traitement. L'autorisation du Contrôle médical ne saurait dépasser une période initiale de trente (30) jours. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. Toute demande de prolongation doit contenir les données médicales intermédiaires du patient, ainsi que, la note d'évaluation du patient au jour de la demande de prolongation. Chaque prolongation ne saurait dépasser la durée de trente (30) jours.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période maximale de deux (2) mois.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation cardiaque d'un hôpital sont soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur déclaration écrite appuyée d'une ordonnance médicale contenant le diagnostic ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. En première intention l'autorisation est accordée pour une période de deux (2) mois. Sur ordonnance motivée, présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, le traitement peut être prolongé pour des périodes subséquentes de deux (2) mois.

Art. 84. Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, qui subissent au centre un traitement ambulatoire pendant une journée entière participent à leur entretien en raison de un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 12,75€].

Section 2. – Réadaptation psychiatrique

Délimitation des prestations

Art. 84.bis. L'assurance maladie prend en charge les frais d'assistance psycho-socio-éducative en milieu extra-hospitalier dans le cadre de la nomenclature afférente et dans les conditions déterminées par la convention prévue à l'article 61, sous 6) du Code de la sécurité sociale et par les dispositions statutaires ci-dessous.

Autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 84 ter. Pour les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais d'assistance psycho-socio-éducative sur leur lieu de vie, douze mois après le début du traitement et, le cas échéant, après chaque période de traitement de douze mois subséquente, un rapport médical détaillé renseignant sur l'état du malade est adressé au Contrôle médical de la Sécurité sociale.

Toute prolongation du traitement après une période de douze mois est sujette à l'autorisation préalable du Contrôle médical sur base du rapport prévisé.

Chapitre 7. - Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques

Section 1. – Conditions générales de prise en charge

Généralités

Art. 85. Sans préjudice de l'application des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires, les prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si elles sont délivrées par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 7) du Code de la sécurité sociale, et, pour ce qui est de la délivrance de fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournisseurs qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la fabrication de semelles et de chaussures pour le pied diabétique. Les bas et les collants de contention prévus à la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont également pris en charge s'ils sont délivrés par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale ou par les fournisseurs disposant à cet effet d'un agrément par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé conformément à l'article 2 des présents statuts, qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la délivrance de bas et de collants de contention.

Sont exclues de la prise en charge les fournitures visées par le présent chapitre, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu de l'article 12 des présents statuts.

Dans le cadre du présent chapitre on entend par «chaussures thérapeutiques» les chaussures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous les positions P6070110 «Hausschuhe für Diabetiker, 1 Paar» et P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker, 1 Paar».

Dans le cadre du présent chapitre on entend par fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournitures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous la section 7 «Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom»

Ordonnances et protocole thérapeutique

Art. 86. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les prothèses orthopédiques, orthèses et les chaussures orthopédiques, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- 1) le diagnostic médical;
- 2) une description détaillée de la fourniture.

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures relatives au pied diabétique telles qu'elles sont définies à l'article 85, alinéa final des présents statuts, est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts.

Si l'ordonnance médicale porte sur une adaptation ou une réparation d'une fourniture, le médecin prescripteur doit indiquer les motifs de celle-ci.

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des vêtements de compression et de contention est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe N des présents statuts.

Opposabilité des ordonnances et validation des ordonnances

Art. 87. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie les ordonnances pour orthèses et chaussures orthopédiques figurant dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé en vertu de l'article 88 des présents statuts, doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin prescripteur sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, les ordonnances et protocoles thérapeutiques soumis à devis en vertu de l'article 88 des présents statuts, sont transmis pour validation à la Caisse nationale de santé avant l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date d'émission de l'ordonnance respectivement du protocole thérapeutique. Sous peine d'irrecevabilité, l'ordonnance ou le protocole thérapeutique doivent être accompagnés du devis et de toute documentation dont la transmission aux fins de validation est requise en vertu des présents statuts.

La validation est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les fournitures prescrites dépassent l'utile et le nécessaire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 88. Les prothèses orthopédiques, orthèses, chaussures orthopédiques et thérapeutiques et les frais pour leur adaptation et réparation ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale accordée sur base d'un devis préalable établi par le fournisseur, et le cas échéant, sur base d'un examen de la personne protégée.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis ne sont pas requis:

- 1) lorsque le montant de la fourniture est inférieur à cent vingt-cinq euros,
- 2) pour les bas et collants de contention à tricotage circulaire,
- 3) à partir de la troisième délivrance de chaussures orthopédiques, à condition que la fourniture à délivrer reste inchangée par rapport à la délivrance précédente.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis sont requis en cas de fournitures pour le pied diabétique. Pour la prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur le protocole thérapeutique prévu à l'article 86 dûment rempli, sur le devis et sur une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise lorsque le montant de la fourniture, tel qu'il figure sur le devis, est supérieur ou égal à cent vingt-cinq euros (125,00 €) et inférieur à mille euros (1.000,00 €). Dans ce cas, le devis établi par le fournisseur doit être soumis à la Caisse nationale de santé pour un contrôle administratif du dossier avant la délivrance de la fourniture.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les prothèses orthopédiques provisoires.

Les réparations et les adaptations inférieures à cent vingt-cinq euros (125,00 €) sont dispensées de la présentation d'une ordonnance médicale.

Réception des prothèses orthopédiques et des chaussures pour pied diabétique

Art. 89. Les prothèses orthopédiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la prothèse par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par réception on entend une certification par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la conformité de la prothèse à la prescription médicale et aux besoins de la personne protégée. La personne protégée est convoquée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture.

Les chaussures pour pied diabétique prévues au chapitre 6, section 7, sous-section 1 «Diabetiker Schuhe» de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la fourniture par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4) établie au moment de la délivrance de la fourniture. En principe cette réception intervient dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture. Sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4), le Contrôle médical de la sécurité peut décider de convoquer la personne protégée en vue de la réception de la fourniture.

Section 2. – Conditions particulières de prise en charge

Conditions particulières de prise en charge des prothèses orthopédiques

Art. 90. L'assurance maladie prend en charge les prothèses orthopédiques des membres pour compenser les déficits fonctionnels de la personne protégée. La prise en charge se fait entre autres en fonction du degré de mobilité et du poids corporel de la personne protégée.

L'assurance maladie ne prend en charge ni les prothèses pour la pratique d'activités sportives ou de loisir ni les suppléments de telles prothèses.

Lorsqu'en vertu des dispositions de l'article 91quinquies des présents statuts, la personne protégée a droit à l'intérieur du délai de renouvellement à la prise en charge d'une deuxième

prothèse orthopédique, cette deuxième prothèse ne constitue qu'une prothèse mécanique de haute qualité sans microprocesseurs électroniques.

Conditions particulières de prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique

Art. 91. Selon le stade de la pathologie l'assurance maladie prend en charge les fournitures relatives au pied diabétique telles que prévues à l'annexe M sous 1°.

Dans les cas prévus au niveau du tableau visé à l'alinéa précédent et figurant à l'annexe M sous 1°, la personne protégée a droit à la prise en charge simultanée de plusieurs fournitures relatives au pied diabétique. Dans ce cas, les délais de renouvellement des différentes fournitures restent distincts par rapport aux fournitures de même nature.

Une paire de semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) est prise en charge pour toute paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique. Les semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) dont le remplacement est nécessaire endéans le délai de renouvellement des chaussures tel que prévu à l'article 91quinquies peuvent être prises en charge indépendamment de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les dispositions statutaires, conventionnelles et règlementaires, la facture de la fourniture relative au pied diabétique est prise en charge sur base:

- 1) d'un protocole thérapeutique dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts dûment rempli;
- 2) d'un devis préalable établi par le fournisseur;
- 3) d'une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure;
- 4) d'une documentation par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire, d'un examen de contrôle des pieds de la personne protégée ainsi que de la fourniture en question à la date de délivrance (date prestation).

Par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge de la fourniture prévue sous la position P6070210 «Weichpolstereinlagen» n'est pas subordonnée à la production des documentations prévues sous les points 3 à 4 de l'alinéa précédent.

Conditions particulières de prise en charge des bas et collants de contention

Art. 91bis. 1) Les bas et collants de contention à tricotage circulaire ne sont pris en charge que si la facture est accompagnée du protocole thérapeutique prévu à l'annexe N et de la fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes :

- le nom de marque ;
- le mode de fabrication (standard ou entièrement fabriqué sur mesure) ;
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention à tricotage circulaire que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg et si le tissu est extensible dans les deux sens.

2) Les bas et collants de contention à tricotage rectiligne ne sont pris en charge si la facture est accompagnée du protocole thérapeutique prévu à l'annexe N et de la fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes :

- le nom de marque ;
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention à tricotage rectiligne que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg.

Section 3. – Modalités de prise en charge

Taux de prise en charge

Art. 91ter. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques ou thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de cent pour cent (100 %) des tarifs conventionnels. Par dérogation à la phrase précédente, les positions P5010130 à P5010133 sont prises en charge à raison de soixante pour cent (60 %) des montants facturés et les positions P5010134 à P5010137 sont prises en charge à raison de quatre-vingts pour cent (80 %) des montants facturés.

Par dérogation à l'alinéa 1er, il est déduit un montant forfaitaire de douze euros et cinquante cents (12,50 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 [*act. 118,05 €*] par paire de chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques, à l'exception des positions P6041030 « Sichelfussredressionsschuh », P6041061 « Verbandsschuh », P6041062 « Vorfußentlastungsschuh » et P6041063 « Rückfußentlastungsschuh ». Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais d'adaptation et de réparation des prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs d'après les modalités et les conditions prévues dans les présents statuts et dans la convention conclue conformément à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques et thérapeutiques est à charge de la personne protégée.

Pour les positions P6010010 à P6010029 et P6070120 à P6070141 de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, un supplément pour convenance personnelle de la personne protégée peut être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les fournisseurs liés par la convention visée à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale. Ce supplément ne peut dépasser le montant forfaitaire de seize euros (16 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 [*act. 151,11 €*] par paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques et n'est pas à charge de l'assurance maladie.

Limitation à la prise en charge

Art. 91quater. La personne protégée a droit à une seule prothèse orthopédique, orthèse par région anatomique et à une paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques, sous réserve de ce qui suit:

Pour la première fourniture suite à une amputation, la personne protégée n'a droit qu'à une prothèse orthopédique provisoire. Une prothèse orthopédique définitive n'est prise en charge qu'après écoulement d'un délai minimum de six mois après la date de délivrance de la prothèse orthopédique provisoire. Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut déroger à ces conditions sur base d'une ordonnance médicale préalable motivée.

Par dérogation à l'alinéa 1, deux paires de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques peuvent être prises en charge au cours de la période de douze mois à compter de la date de délivrance de la première paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. Le délai de renouvellement pour la deuxième paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques court à partir de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. La personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à deux prothèses orthopédiques ou orthèses. La prise en charge de la deuxième prothèse se fait conformément aux dispositions de l'article 90, alinéa 3, des présents statuts.

L'assurance maladie ne prend pas en charge des chaussures orthopédiques ou des semelles orthopédiques lorsque la personne protégée a préalablement bénéficié de la prise en charge d'une fourniture relative au pied diabétique.

Par dérogation à l'alinéa 1, la personne protégée a droit dans les délais de renouvellement prévus au niveau de l'annexe B des statuts à un nombre supérieur de vêtements de compression et de contention de même nature, à condition que :

- l'annexe B le prévoit et dans la limite du nombre de fournitures y prévu et que
- le protocole thérapeutique prévu à l'annexe N dûment rempli indique le nombre correspondant de fournitures.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent les fournitures peuvent être délivrées à la même date. En cas de délivrance à des dates différentes, le délai de renouvellement court à partir de la date de la première délivrance.

Les vêtements de compression et de contention contenant des filaments d'argent ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Délais de renouvellement

Art. 91quinquies. Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques et orthèses est généralement de cinq ans.

Toutefois, des délais de renouvellement spécifiques sont appliqués aux prothèses orthopédiques et orthèses figurant dans une liste spéciale annexée aux présents statuts.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques est d'un an à compter de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge. Par dérogation à la phrase précédente le délai de renouvellement de la fourniture P6070110 « Hausschuhe für Diabetiker (1 Paar) » est de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement de la fourniture P6070120 « Therapieschuhe für Diabetiker (1 Paar) ». Le délai de renouvellement des fournitures P6070140 « Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker (1 Paar) » et P6070141 « Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker – Nachlieferung (1 Paar) » est également de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement des fournitures P6070130 « Orthopädische Schuhe nach Maß für Diabetiker (1 Paar) », respectivement P6070131 « Orthopädische Schuhe nach Maß für Diabetiker-Nachlieferung (1 Paar) ».

Lorsqu'une réparation ou adaptation d'une prothèse orthopédique ou d'une orthèse pour un montant dépassant 25% du montant pris en charge lors de l'acquisition de la fourniture est effectuée dans les six mois précédant l'échéance du délai de renouvellement, ce délai est prorogé d'office de douze (12) mois. Cette disposition ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de délivrance de la fourniture telle qu'elle figure sur la facture.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, en cas de faits intercurrents ou si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économicité.

Chapitre 7 bis. - Greffes d'organes

Art. 92. Les taxes d'inscription aux banques de données EUROTRANSPLANT, prélevées sur les personnes en attente d'une transplantation d'organe sont prises en charge au taux de cent pour cent (100 %).

L'assurance maladie prend en charge le prélèvement d'organe effectué sur un donneur vivant, non couvert par l'assurance maladie, en vue d'une transplantation vers une personne protégée. Il en est de même pour le traitement curatif de ce donneur, lié aux suites iatrogéniques du prélèvement. Lorsque les prestations relatives au prélèvement sont délivrées à l'étranger, elles sont prises en charge d'après les dispositions des articles 23 à 30.

Toutefois les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent qu'à titre subsidiaire et dans la mesure seulement où les frais afférents ne sont pas couverts d'un autre chef.

Chapitre 8. - Médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie vers le milieu ambulatoire

Règles générales concernant les ordonnances

Art. 93. Chaque consultation ou visite ne peut donner lieu qu'à une seule ordonnance de médicaments par patient, exception faite dans les situations suivantes :

- lorsqu'il s'agit de stupéfiants inscrits sur des ordonnances spéciales,
- lorsque des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance contre les accidents sont prescrits en même temps que des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance maladie,

- lorsque des médicaments à titre préventif sont ordonnés en même temps que des médicaments dont la prescription est faite à titre curatif.

Art. 94. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la première délivrance.

Art. 95. (abrogé)

Art. 96. Par dérogation à l'article 14, alinéa premier, en cas de délivrances successives, la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original par le pharmacien dispensateur.

De même les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciales, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies certifiées conformes par le pharmacien.

Liste positive des médicaments pris en charge

Art. 97. Pour être inscrits sur la liste positive des médicaments visée à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, les médicaments autres que ceux visés à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale doivent remplir les conditions prévues au paragraphe 1 alinéa 5 et au paragraphe 3 de l'article précité, compte tenu de l'application du règlement d'exécution y prévu.

Ces médicaments doivent disposer d'un code ATC défini au quatrième niveau, sauf lorsqu'il s'agit d'une substance nouvelle pour laquelle une demande en attribution d'un code ATC a été introduite auprès des autorités compétentes.

En cas de changement du code ATC d'un médicament, il est tenu compte de ce changement à partir du premier jour du septième mois suivant sa publication officielle.

Art. 98. Sont exclues de la liste positive les catégories de médicaments figurant à l'[annexe D](#) des statuts sous la [liste numéro 1](#) qui contient la [motivation de l'exclusion](#) au regard des critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Les catégories de médicaments peuvent être définies soit par une caractéristique commune, soit par leur indication principale, soit par le code ATC, soit par une combinaison de ces trois paramètres.

Art. 99. Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel autre que celui visé à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale qui ne répond pas aux critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel présenté dans un conditionnement contenant au moins le double en unités d'un autre conditionnement du même médicament, de la même forme galénique orale solide et du même dosage, dont le coût par unité est supérieur ou égal à celui du petit conditionnement.

Lorsqu'il existe des médicaments de comparaison et que le coût du médicament est supérieur à celui des médicaments de comparaison, le médicament n'est pas inscrit sur la liste positive si l'appréciation de l'étude prévue à l'article [19](#) du règlement grand-ducal pris en exécution de l'article [22](#) du Code de la sécurité sociale, ne permet pas de justifier le coût supérieur.

Lorsqu'il n'existe pas de médicaments de comparaison l'appréciation relative à l'accomplissement des critères légaux peut être basée sur des documentations scientifiques, pharmacologiques, thérapeutiques et économiques et peut prendre en considération d'autres choix thérapeutiques, médicamenteux ou non médicamenteux.

Taux de prise en charge

Art. 100. Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés dans trois classes différentes. Pour chacune de ces classes, il est prévu un taux de prise en charge spécifique, appliqué au prix au public ou pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article [22bis](#) du Code de la sécurité sociale, à la base de remboursement.

Art. 101. Le taux de remboursement normal est fixé à quatre-vingts pour cent (80%) et il s'applique à tous les médicaments de la liste positive pour lesquels les statuts ne prévoient pas un autre taux.

Art. 102. Le taux de remboursement préférentiel est fixé à cent pour cent (100%).

1) Il s'applique aux catégories de médicaments présentant cumulativement les caractéristiques suivantes:

- a. avoir une indication thérapeutique précise,
- b. ne contenir qu'un seul principe actif,
- c. être irremplaçables ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques,
- d. susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée.

Par dérogation à la caractéristique reprise sous b) de l'alinéa précédent, le taux de remboursement préférentiel peut être appliqué aux médicaments contenant trois principes actifs au maximum dont l'un au moins, commercialisé seul, est pris en charge au taux préférentiel, et les autres, commercialisés seuls, au moins au taux normal et à condition que l'association des principes actifs soit plus économique que les principes actifs pris séparément.

2) Il peut s'appliquer aux vaccins pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une convention conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de Santé conformément à l'article [17](#), alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et délivrés en officine ouverte au public.

3) Il s'applique aux médicaments à délivrance exclusivement hospitalière, inscrits dans la liste positive.

Les catégories de médicaments visées au présent article sous les points 1) et 2) sont définies à l'annexe D, [liste numéro 2](#) des présents statuts.

Art. 103. Par dérogation aux articles 101 et 104, le taux de prise en charge peut être porté à cent pour cent (100%) dans les situations suivantes:

- lorsque les médicaments sont prescrits dans le traitement des maladies longues et coûteuses déterminées à l'annexe D, [liste numéro 3](#),
- lorsque les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, déterminés à l'annexe D, [liste numéro 4](#) sont destinés au traitement de pathologies lourdes y visées,
- lorsque les médicaments, administrés par voie intra-veineuse, sont prescrits à la suite immédiate d'un traitement hospitalier et à condition qu'ils génèrent une participation statutaire inappropriée pour le patient.

Le bénéfice du présent article est subordonné à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une prescription médicale motivée, établie par le médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

Art. 104. Le taux de remboursement réduit est fixé à quarante pour cent (40%) et s'applique aux catégories de médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale courante et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes.

Les catégories de médicaments visées au présent article sont définies à l'annexe D, [liste numéro 5](#) des présents statuts.

Limitations de la prise en charge

Art. 105. La prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ceux-ci soient prescrits, délivrés et administrés en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit tel que celui-ci a été approuvé lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

Art. 106. Les médicaments inscrits sur la liste positive, figurant sur la [liste numéro 6](#) de l'annexe D ne sont pris en charge que sous les conditions y définies.

Les vaccins figurant sur la liste positive ne sont pris en charge que si cette prise en charge est prévue par une convention conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de santé conformément à l'article [17](#), alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'article [98](#) des présents statuts, certains groupes de médicaments peuvent être pris en charge par voie forfaitaire suivant les conditions et les modalités définies à la [liste n°6](#) de l'annexe D.

Art. 107. Ne sont pris en charge que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et sous les conditions définies à l'annexe D dans les listes énumérées ci-après :

1. les médicaments soumis à prescription initiale hospitalière figurant à l'annexe D, [liste numéro 7](#),
2. les médicaments soumis à un protocole thérapeutique et figurant à l'annexe D, [liste numéro 8](#),
3. les médicaments à prescription restreinte figurant à l'annexe D, [liste numéro 9](#).

Art. 108. La quantité de médicaments prise en charge par l'assurance maladie en une fois ne peut dépasser pour chaque médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou

deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Par dérogation à l'alinéa premier, un deuxième emballage ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que si la quantité prescrite couvre au moins cinquante pour cent (50 %) de ce deuxième emballage ou au moins trente pour cent (30 %) lorsqu'il s'agit d'un antibiotique.

Au cas où la quantité de médicaments injectables délivrée en une fois conformément à l'alinéa 1^{er} ne couvre pas une durée de traitement de 14 jours consécutifs, il est dérogé à l'alinéa 1^{er} et est prise en charge par l'assurance maladie la quantité prescrite de médicaments injectables couvrant une durée de traitement de 14 jours consécutifs, nonobstant le nombre d'emballages délivré en une fois, sous réserve que la quantité prescrite couvre au moins 50 % de chaque emballage supplémentaire délivré.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsqu'un médicament est prescrit sous sa dénomination commune internationale, la prise en charge se limite au médicament contenant le même principe actif le moins coûteux inscrit sur la liste positive.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments antibiotiques pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments à délivrance exclusivement hospitalière pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir le traitement prescrit, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Art. 109. La prise en charge de certains médicaments peut être limitée à un nombre de doses à délivrer pour une durée de traitement déterminée. Les médicaments visés par cette disposition, ainsi que les doses et les durées qui leur sont appliquées, figurent à l'annexe D, [liste numéro 10](#) des présents statuts. Cette liste peut prévoir un dépassement des quantités après accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un dossier médical détaillé et motivé.

Art. 110. Par dérogation à l'article 108, les médicaments visés aux articles [101](#), [102](#) et [103](#), nécessaires pour le traitement de maladies chroniques pendant un séjour prolongé à l'étranger, spécifiés comme tels sur l'ordonnance médicale, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical de la sécurité sociale donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Art. 111. Par dérogation aux règles de délivrance visées à l'article [108](#), le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et dans des cas de pathologie grave chronique nécessitant une posologie non adaptée au conditionnement pris en charge, accorder la délivrance en une fois d'une quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois. Une prescription médicale motivée est nécessaire. L'accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est donné sur le titre de prise en charge.

Extension de la prise en charge

Art. 112. Lorsque l'ordonnance porte sur un médicament ne figurant pas sur la liste positive et non exclu en vertu de l'article 98, le pharmacien doit, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent figurant sur la liste positive au Luxembourg.

A défaut de substitution conformément à ce qui précède, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et sur prescription médicale dûment motivée, autoriser préalablement à la délivrance, la prise en charge par l'assurance maladie du médicament, à condition qu'il dispose dans son pays de provenance, ou dans celui où est établi le médecin-prescripteur, d'une autorisation de mise sur le marché, et à condition qu'il soit pris en charge par le régime d'assurance maladie légal de ces pays.

L'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale précise le taux appliqué au médicament conformément aux critères prévus aux articles 101 et 102 à 104. A défaut d'un prix au public, ce taux s'applique à un prix de vente déterminé d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Délivrance des médicaments dans le cadre du tiers payant

Art. 113. La personne protégée a droit à la délivrance des médicaments prescrits contre remise de l'ordonnance originale ou, dans les cas prévus à l'article 96, de la copie de l'ordonnance, ainsi que sur présentation concomitante de la carte d'assuré de la personne bénéficiaire des médicaments correspondante au numéro matricule figurant sur l'ordonnance.

Les personnes protégées ou, le cas échéant, les personnes qui se font délivrer les médicaments pour le compte d'autrui, sont tenues au paiement de la différence constituée par le prix au public des médicaments délivrés et le montant résultant de l'application des taux de prise en charge fixés aux articles 101 à 104 au prix au public ou, pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, à cette base de remboursement, ainsi qu'au paiement du prix des autres fournitures, taxes et honoraires éventuels exclus du système du tiers payant ou éventuellement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Un document de caisse est délivré en échange de l'ordonnance médicale originale ou de la copie conforme qui reste acquise au pharmacien après la délivrance. Ce document est établi conformément à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures ou médicaments qui ne sont pas tous pris en charge par le système du tiers payant, le prix de ceux qui en sont exclus est payé intégralement par la personne à laquelle ils sont délivrés. Dans ce cas le pharmacien délivre une copie de l'ordonnance et établit le document prévu à l'alinéa précédent, qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Préparations magistrales

Art. 114. 1) Règles générales

Sous réserve des dispositions qui suivent, la préparation magistrale est prise en charge au taux normal. L'ordonnance médicale, ainsi que la tarification par le pharmacien doivent mentionner le détail de la préparation magistrale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la préparation magistrale est prise en charge :

- au taux préférentiel lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la [liste numéro 2](#) prévue à l'annexe D,
- au taux réduit lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la [liste numéro 5](#) prévue à l'annexe D,
- au taux le plus favorable pour l'assuré lorsque les médicaments sont à taux différents.

Au cas où un médicament pris en charge conformément à l'article [112](#) est incorporé dans la préparation magistrale, celle-ci est prise en charge au taux applicable à ce médicament.

Les règles de délivrance prévues à l'article [108](#) sont applicables.

Sont exclus de toute prise en charge :

a) La préparation magistrale comportant plus d'un principe actif, à moins qu'il ne s'agisse d'une préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique.

b) La préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique comportant plus de deux principes actifs.

c) La préparation magistrale renfermant un principe actif non inscrit au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques

d) La préparation magistrale correspondant à des médicaments exclus en vertu des articles [98](#) et [99](#).

e) La préparation magistrale phytothérapeutique sous forme de gélules

f) La préparation magistrale de substitution de médicaments figurant sur la liste positive, à moins qu'il ne s'agisse

- d'un dosage pour usage pédiatrique
- d'un dosage particulier en cas de pathologie grave. Dans ce cas une motivation médicale est nécessaire ainsi qu'une autorisation préalable du Contrôle médical.

g) Les médicaments figurant sur la liste positive qui du fait de l'incorporation dans la préparation magistrale changent de voie d'administration et ne sont plus utilisés dans les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sauf autorisation préalable du Contrôle médical sur ordonnance médicale motivée.

2) Règles spécifiques aux préparations magistrales à usage topique

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5 sous c) et d) les excipients sous forme de spécialités pharmaceutiques ou les principes actifs non encore inscrits au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques, renfermés dans une préparation magistrale à usage topique, ne sont pas pris en compte pour la détermination de la prise en charge.

Il peut être dérogé aux règles de délivrance prévues à l'article 108, lorsque l'ordonnance précise outre la durée de traitement, la surface à traiter. Toutefois, si la durée de traitement dépasse six semaines, des délivrances successives s'imposent.

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5, sous d) et au point A.01.02. de la liste N°1 prévue à l'article 98, les préparations magistrales à usage topique contenant moins de 4 principes actifs, utilisées dans le cadre de mucites iatrogènes suite à une chimiothérapie ou radiothérapie sont prises en charge au taux préférentiel lorsque l'ordonnance justifie une des indications précitées.

3) Règles pratiques

Lorsqu'une ordonnance prévoit la dispensation de substances médicamenteuses du type: alcool isopropylique, eau oxygénée, glycérine, paraffine, etc... sans indication de la quantité exacte, il n'est pris en charge qu'une quantité qui correspond à l'usage normal pour lequel le produit est utilisé.

Lorsqu'une préparation magistrale à usage topique renferme de l'alcool éthylique, il n'est pris en charge que l'alcool isopropylique, exception faite pour des gouttes otiques.

Honoraires et indemnités des pharmaciens

Art. 115. Les honoraires sont pris en charge au taux normal d'après un tarif de référence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les indemnités de dérangement sont prises en charge au taux préférentiel, à condition que les ordonnances soient datées du même jour et que le médecin certifie l'urgence de l'ordonnance relevant de l'indemnité de dérangement entre 19:00 et 08:00 heures par les termes « nuit » ou « noctu » et/ou l'heure d'établissement de l'ordonnance.

Les honoraires visés au présent article et leur tarif de référence sont définis à l'annexe D, liste numéro 11 des présents statuts.

Chapitre 9. - Aides visuelles

Ordonnance médicale obligatoire

Art. 116. Sans préjudice de dispositions statutaires dérogatoires, une ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour :

- 1) les lentilles de contact dans les conditions de leur délivrance prévues aux articles 122 à 124 des présents statuts ;
- 2) les verres teintés;
- 3) les lunettes pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Par dérogation au point 3) ci-dessus une ordonnance n'est cependant pas requise en cas de remplacement des verres endommagés endéans les six premiers mois de la première acquisition.

Les autres prestations et fournitures visées par le présent chapitre peuvent être obtenues dans les conditions fixées par les présents statuts à charge de l'assurance maladie sans ordonnance médicale, à condition que l'assuré présente sur au moins un œil une déficience visuelle.

Mode de paiement des fournitures et services

Art. 117. Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Libre choix des montures

Art. 118. Les personnes protégées ont le libre choix des montures.

Outre les montures à prix libre, les personnes protégées ont droit à un choix entre quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes, dont le prix de vente ne peut être supérieur au montant de prise en charge visé à l'alinéa premier de l'article suivant. La personne protégée a droit à une disponibilité constante de ces montures.

Taux de prise en charge

Art. 119. Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de trente euros (30,00 €).

Les verres de lunettes, les fournitures diverses (à l'exception des montures) et les prothèses de contact reprises aux listes A, B et C de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des patrons opticiens et optométristes du Grand-Duché de Luxembourg sur base de l'article 61, sous 9) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux des tarifs fixés dans la convention prévue.

Verres organiques

Art. 120. (abrogé)

Suppléments pour verres teintés

Art. 121. Les suppléments pour verres teintés sont pris en charge par l'assurance maladie dans les pathologies suivantes:

1. conjonctivites chroniques
2. kératites et cicatrices cornéennes étendues
3. iritis
4. certaines cataractes centrales congénitales y compris l'aphakie
5. glaucome
6. (abrogé)
7. névralgies ciliaires
8. photophobies secondaires à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne
9. albinisme
10. cécité

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

Lentilles de contact

Art. 122. Les lentilles de contact ne sont prises en charge par l'assurance maladie que dans les pathologies suivantes :

1. amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries
2. (abrogé)
3. astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
4. kératocône
5. aphakie uni- et bilatérale
6. aniséiconie
7. anisométrie de plus de 3 dioptries
8. nystagmus de fixation
9. anisocorie
10. dystrophie cornéenne
11. myopie évolutive génétique
12. traumatisme cornéen ou scléral

En cas des affections suivantes une autorisation du Contrôle médical est nécessaire:

13. traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
14. hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

L'article 123, dernier alinéa, est applicable.

Art. 123. En cas de fourniture de lentilles de contact à un ayant droit qui ne remplit pas une des conditions requises pour la prise en charge intégrale des lentilles de contact énumérées à l'article [122](#) ci-dessus, mais qui remplit les conditions pour la prise en charge d'une monture et de verres de lunettes, l'assurance maladie prend en charge les frais exposés pour ces lentilles de contact au moyen d'un forfait dont le montant est constitué:

- a) du montant de trente euros (30,00 €) correspondant au taux de prise en charge d'une monture
- b) du montant correspondant au prix des verres (minéraux) qui auraient été pris en charge en cas de fourniture de lunettes.

L'assurance maladie ne prend en charge les frais exposés pour les lentilles de contact que si la facture renseigne les valeurs de la réfraction des verres de lunettes.

En cas de délivrances successives de lentilles de contact, plusieurs factures peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du forfait ci-dessus, à condition d'être présentées en une seule fois.

Services et fournitures incluses dans le prix des lentilles de contact

Art. 124. La fourniture des lentilles de contact dont la prise en charge par l'assurance maladie est prévue par les statuts comprend :

- a) Les séances d'essai, d'adaptation et de Contrôle, qui se déroulent dans un cabinet spécialement aménagé et disposant des instruments de Contrôle adéquat.
- b) La première fourniture en étuis spéciaux étanches avec solution pour la stérilisation, l'hydrophilie et le traitement isotonique des surfaces de contact.

c) La prestation de quatre séances d'essai, d'adaptation ou de Contrôle, qui se déroulent dans les douze mois suivant la délivrance des lentilles de contact.

Lorsque, dans les trente jours à compter de la première séance d'essai, une intolérance des milieux antérieurs de l'œil est constatée et que pour cette raison, après deux nouvelles séances d'essai ayant lieu dans les deux mois qui suivent le premier essai, les lentilles de contact prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent pas être fournies, seules les trois séances d'essai peuvent être facturées.

d) L'échange des lentilles dans le cadre des garanties conventionnelles.

Verres spéciaux

Art. 125. Sous réserve de l'accomplissement des autres conditions prévues par le présent chapitre, l'assurance maladie prend en charge deux verres à indice de réfraction élevé (n supérieur ou égal à 1,7 et nombre Abbe égal à 39 pour verres minéraux, ou n supérieur ou égal à 1,67 et nombre d'Abbe égal à 32 pour verres organiques) lorsque l'assuré présente sur au moins un œil une amétropie supérieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres de lunettes progressifs

Art. 125bis. L'assurance maladie prend en charge deux verres progressifs lorsque l'assuré présente sur au moins un œil une addition de + 2.50 dioptries, même si la somme arithmétique de la puissance en vision de loin et de l'addition est égale à zéro.

Délais de remboursement

Art. 126. Sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à +/- 0,50, l'assurance maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans. Est considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de + 0,25 pour un œil et de - 0,25 pour l'autre œil. N'est pas considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de 0,25 dans le même sens pour les deux yeux. Le point de départ pour le calcul du délai est constitué par la date de la dernière prise en charge effectuée par l'assurance maladie.

Dans le cadre de l'article [123](#), seules les dioptries des verres de lunettes sont prises en considération pour apprécier un changement de dioptries par rapport à la fourniture prise en charge antérieurement.

En cas de fourniture de verres de lunettes à foyers multiples, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans, sauf en cas de changement de dioptrie en vision de loin et/ou de près tel que défini à l'alinéa 1er.

Pour les enfants de moins de 14 ans accomplis la prise en charge des lunettes se fait sans délais de renouvellement.

En ce qui concerne les cas des enfants qui, à l'accomplissement de la 14e année d'âge, sont entrés dans le régime des adultes, l'assurance maladie prend en charge respectivement des verres de lunettes et des montures, même si le délai de trois ans prévu à l'alinéa premier ci-dessus n'est pas encore révolu par rapport à la fourniture de respectivement la dernière paire de verres et la dernière monture prise en charge dans le régime des enfants.

Art. 127. (abrogé)

Art. 128. Sauf en cas de changement de dioptrie tel que défini à l'article 126, alinéa premier, ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de trois ans.

Art. 129. En cas d'indication médicale, l'assurance maladie prend en charge simultanément des lentilles de contact et des lunettes comprenant monture et verres. Dans ce cas, les délais de renouvellement pour les prothèses de contact d'une part, et pour les lunettes, d'autre part, restent distincts.

Détermination des seuils

Art. 130. Pour l'appréciation des seuils exprimés en dioptries dans le présent chapitre, il est procédé de la manière suivante.

En cas d'amétropie incluant l'astigmatisme, la détermination de la valeur des dioptries est effectuée après application de la règle de transposition qui prévoit qu'en cas de valeur en dioptrie négative du cylindre

- la valeur en dioptrie de la sphère est obtenue par la somme algébrique des valeurs initiales en dioptrie de la sphère et du cylindre,
- la valeur en dioptrie du cylindre est transformée en valeur positive,
- l'axe du cylindre est augmenté ou diminué de 90 degrés.

Pour le changement de dioptrie prévu à l'article 126 est prise en considération la valeur en dioptrie de la sphère, du cylindre et du prisme. Les valeurs précitées sont prises en considération de manière isolée lorsque l'une d'elle change ou de manière combinée lorsque plus d'une valeur change.

Par dérogation à l'alinéa précédent, ne sont pas pris en considération le prisme Press-ON ou la lentille prismatique de Fresnel dans le cadre de changement de dioptrie.

Pour le seuil d'anisométrie prévu à l'article 122 et pour le seuil d'amétropie prévu aux articles 122 et 125 est prise en compte la somme des dioptries de la sphère et du cylindre, si les deux valeurs sont de même signe et la valeur absolue de la dioptrie de la sphère, si les deux valeurs sont de signe contraire.

L'appréciation du seuil de l'addition en cas de fournitures de verres de lunettes progressifs se fait par la comparaison des valeurs en dioptries de la sphère de la vision de loin et celle de près.

Chapitre 10. - Les produits sanguins et dérivés plasmatiques

Art. 131. Les produits sanguins labiles comprenant le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine définis par la [Directive européenne 2002/98/CE](#), sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels liant l'assurance maladie à la Croix-Rouge Luxembourgeoise d'après les conditions et sous garantie des contrôles qualitatifs prévus par la convention visée à l'article [61](#), sous 10) du Code de la sécurité sociale.

Ces prestations font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie, lorsqu'elles sont délivrées aux personnes protégées pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

Chapitre 11. - Prestations de transport des malades

Définition des prestations prises en charge

Art. 132. (1) Les prestations en matière de transport des malades au Luxembourg et à l'étranger prises en charge par l'assurance maladie concernent :

- 1) Le transport non-urgent
 - a) Le transport en ambulance terrestre
 - b) Le transport en taxi en cas de traitements médicaux en série
 - c) L'indemnité de voyage
- 2) Le transport urgent

(2) Sont définis comme non-urgents, les transports en ambulance terrestre ou en taxi effectués pour des raisons de soins ou de diagnostic et en dehors d'une situation de détresse vitale, d'accidents, d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres et d'incendies.

(3) Sont définis comme urgents, les transports en ambulance des personnes victimes de détresses vitales, d'accidents, d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres et d'incendies, dépêchés par le central des secours d'urgence. Y sont assimilés les transports d'un receveur d'organe.

(4) Par transport simple on entend le transport non-urgent en ambulance aller et, le cas échéant, retour de la personne protégée entre le lieu de son séjour habituel et le lieu où elle obtient les soins de santé à charge de l'assurance maladie et à condition qu'il figure dans le fichier B6 de l'annexe A.

(5) Par transport en série en ambulance terrestre ou en taxi on entend des déplacements multiples de la personne protégée entre le lieu de son séjour habituel et le lieu où elle obtient à charge de l'assurance maladie :

- a) un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse ;
- b) un traitement comportant au moins quatre séances dans un intervalle de quatre-vingt-dix (90) jours
 - 1° dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique ou
 - 2° dans le cadre d'un traitement ambulatoire au service national de psychiatrie juvénile ou
 - 3° dans le cadre d'un traitement ambulatoire de plaies par pression négative ou
 - 4° dans le cadre d'un traitement par caisson d'oxygénothérapie hyperbare ou
 - 5° dans un hôpital dans le cas où un traitement spécial est autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- c) un suivi post-greffe d'organe dans un hôpital à la suite d'une transplantation d'organe.

(6) Par transport en taxi on entend le transport d'une personne protégée au sens de la réglementation officielle applicable aux services de taxi et aux services des voitures de location avec chauffeurs.

(7) Par indemnité de voyage et par indemnité de voyage spéciale on entend un remboursement des dépenses occasionnées quel que soit le moyen de transport utilisé par la personne

protégée et, le cas échéant, par une personne l'accompagnant dûment autorisée au préalable par la Caisse nationale de santé.

(8) Ne sont pas visés par les dispositions du présent article les transports dépêchés par et au départ d'un hôpital luxembourgeois vers un autre hôpital luxembourgeois ou étranger plus spécialisé ou mieux approprié pour le traitement d'une personne protégée.

(9) Les moyens de transport doivent disposer des autorisations requises suivant les réglementations nationales et européennes.

Conditions générales et particulières

Art. 133. (1) La prise en charge du transport non-urgent inscrit au chapitre A du fichier B6 de l'annexe A est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé qui est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert qu'une ou plusieurs des conditions prévues au présent chapitre ne sont pas remplies.

(2) L'assurance maladie prend en charge les prestations de transport des malades dans les situations énoncées dans le fichier B6 de l'annexe A, sous réserve de l'accomplissement des conditions reprises ci-après :

- a) Le transport simple et non-urgent en ambulance, à l'intérieur du pays, est pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin chargé du traitement ou par le médecin traitant, certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou demi-assise est indispensable pour l'aller, respectivement pour le retour.

Pour l'aller, il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale sous condition qu'elle soit établie au plus tard dans un délai de trois jours à compter du transport en ambulance. Il peut être dérogé au délai de trois jours dans le cas où le médecin chargé du traitement certifie que la personne protégée a été admise en policlinique.

Il est dérogé à la condition de l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour le transport simple et non-urgent en ambulance à l'intérieur du pays.

- b) Le transport simple et non-urgent en ambulance, à l'étranger, est pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou demi-assise est indispensable. Pour le retour, l'ordonnance médicale doit être établie par le médecin ayant assuré le traitement à l'étranger.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale et du caractère préalable de l'autorisation de la Caisse nationale de santé en cas d'urgence dûment motivée sur l'ordonnance médicale ou en cas de prise en charge des frais générés par le retour à partir de l'étranger, à condition que l'aller ait été autorisé par la Caisse nationale de santé.

- c) Pour une personne protégée séjournant temporairement dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, le transport simple et non-urgent en ambulance d'une clinique étrangère, pour la continuation d'un traitement stationnaire, vers un hôpital luxembourgeois ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie luxembourgeois est pris en charge aux conditions que l'ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé

la sortie d'hôpital indique les raisons médicales pour lesquelles le transport en position allongée ou demi-assise est indispensable ainsi que le lieu de destination.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'autorisation de la Caisse nationale de santé pour ces transports.

- d) Le transport en série et non-urgent en ambulance n'est pris en charge qu'à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou demi-assise est indispensable. Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale et du caractère préalable de l'autorisation de la Caisse nationale de santé en cas de prolongation de ces transports.

Les transports prévus à l'article 132, paragraphe 5, point b), sous 1° ne sont pris en charge que pour un maximum de vingt (20) journées de traitement par cas de pathologie traitée.

Le transport prévu à l'article 132, paragraphe 5, point c) n'est pris en charge que pour une durée maximale de six (6) mois à compter de la transplantation d'organe.

- e) Le transport en série en taxi n'est pris en charge qu'à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles le déplacement par un moyen de transport public en commun n'est pas approprié.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale et du caractère préalable de l'autorisation de la Caisse nationale de santé en cas de prolongation de ces transports en cas de traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

Les transports prévus à l'article 132, paragraphe 5, point b), sous 1° ne sont pris en charge que pour un maximum de vingt (20) journées de traitement par cas de pathologie traitée.

Le transport prévu à l'article 132, paragraphe 5, point c) n'est pris en charge que pour une durée maximale de six (6) mois à compter de la transplantation d'organe.

- f) L'indemnité de voyage est due à la personne protégée :
- 1) pour les transports en série si le transport n'est pas effectué par un moyen de transport pris en charge par l'assurance maladie ;
 - 2) pour tout traitement autorisé à l'étranger si le transport n'est pas effectué par un moyen de transport pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas elle est également due à la personne accompagnant la personne protégée si les raisons médicales de la nécessité de l'accompagnement sont dûment documentées sur une ordonnance médicale ou un certificat médical émanant du médecin traitant. Aucune ordonnance médicale ou certificat médical n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur ;
 - 3) pour le déplacement auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale suite à une convocation en vue de la réception d'une prothèse orthopédique, sous réserve que le voyage n'ait pas été effectué par un moyen de transport public en commun au Luxembourg.

Possibilité de demander un avis motivé au Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 134. Le cas échéant, la Caisse nationale de santé peut demander au Contrôle médical de la sécurité sociale un avis motivé sur les éléments d'ordre médical émanant du médecin ayant rédigé l'ordonnance médicale ou le certificat médical justifiant le transport afin de vérifier la nécessité médicale d'attribution des prestations de transport des malades demandées.

Restrictions et dispositions spéciales s'appliquant à la prise en charge des prestations de transport des malades

Art. 135. Dans toutes les situations visées par le fichier B6 de l'annexe A, les frais de transport des malades ne sont pris en charge que jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 600 kilomètres à l'aller.

Pour le calcul du trajet non-urgent en ambulance terrestre, il est pris en compte la distance la plus courte résultant du parcours entre le lieu de stationnement normal de l'ambulance, le lieu d'embarquement de la personne protégée, le lieu où elle obtient les soins, le lieu où retourne la personne protégée le cas échéant après l'obtention des soins et le lieu de stationnement normal de l'ambulance.

Pour le calcul du trajet en taxi, il est pris en compte la distance la plus courte entre le lieu d'embarquement de la personne protégée et le lieu où elle obtient les soins.

En ce qui concerne l'indemnité de voyage, les dépenses occasionnées sont calculées sur base de la distance la plus courte entre le lieu de séjour de l'ayant droit au moment du départ et le lieu où il obtient les soins.

En cas de transfert pour un traitement médical préalablement autorisé en dehors des États membres de l'Union européenne, de la Suisse ou des pays de l'Espace économique européen, la personne protégée a droit à une indemnité de voyage spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée au préalable par la Caisse nationale de santé sur base d'une justification médicale émanant du médecin traitant.

L'indemnité de voyage de la personne accompagnante n'est prise en charge que si le voyage a été effectué par un moyen de transport public en commun.

Taux de prise en charge

Art. 136. Les montants et taux de prise en charge s'appliquant aux différentes catégories de prestations de transport des malades sont inscrits au fichier B6 de l'annexe A.

Les transports non-urgents en ambulance ou en taxi sont pris en charge soit sur la base du montant minimum par déplacement, soit sur la base du montant par kilomètre, prévus au fichier B6 de l'annexe A.

Pour les transports non-urgents en ambulance ou en taxi, la période d'attente n'est prise en charge qu'en cas d'un transport aller avec retour au point de départ de la personne protégée et uniquement jusqu'à concurrence du montant pouvant être pris en charge pour le trajet aller et retour.

La désinfection de l'ambulance ayant effectué un transport non-urgent est prise en charge uniquement sur ordonnance médicale motivée émise soit par le médecin ayant ordonné le transport, soit par le médecin traitant la personne protégée à l'admission.

L'indemnité de voyage est prise en charge jusqu'à concurrence du montant par kilomètre prévu au fichier B6 de l'annexe A.

L'indemnité de voyage spéciale est prise en charge jusqu'à concurrence du montant maximal prévu au fichier B6 de l'annexe A.

Modalités de prise en charge

Art. 137. L'indemnité de voyage pour un traitement à l'intérieur du pays ou à l'étranger est prise en charge sur base d'une demande expresse de l'ayant droit. L'indemnité de voyage est toujours versée à la personne transportée, ou, lorsqu'il s'agit d'un mineur, à son représentant légal.

Les frais pour prestations de transport des malades avancés par les ayants droit sont pris en charge sur base de factures acquittées, accompagnées des ordonnances médicales et, le cas échéant, des autorisations requises.

La preuve que le déplacement était en rapport avec l'obtention des prestations à charge de l'assurance maladie dans les situations visées par les présents statuts incombe à l'ayant droit.

Les frais de transport en taxi ne sont pris en charge qu'à la condition que les prestations afférentes soient délivrées par un fournisseur agréé par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

Art. 138. (abrogé)

Art. 139. (abrogé)

Art. 140. (abrogé)

Art. 141. (abrogé)

Chapitre 12. - Soins hospitaliers

Prestations de soins et séjour en milieu hospitalier

Art. 142. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, est pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions ci-après :

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de deux euros soixante-dix cents (2.70 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 25,50 €] pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. Toutefois en cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, cette participation n'est pas due pendant les douze premiers jours.

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, admises en hôpital de jour participent à leur entretien à raison d'un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour [act. 12,75 €]. Ne sont pas visés par la présente disposition les traitements en hôpital de jour de psychiatrie. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance.

Dans la mesure où des prestations visées dans les nomenclatures des actes et prévues par les présents statuts sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de la

personne protégée, les prestations de même nature délivrées dans le secteur hospitalier ambulatoire sont grevées de la même participation. La mise en compte de cette participation est effectuée conformément aux modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Lorsqu'au cours d'une hospitalisation plusieurs interventions chirurgicales sont pratiquées dont au moins une n'est pas à charge de l'assurance maladie, les frais normalement opposables en vertu de la convention conclue sur base de l'article 74 du Code de la sécurité sociale, générés pendant la durée de l'hospitalisation ne sont pris en charge que si l'intervention la plus importante est à charge de l'assurance maladie. L'importance de l'intervention est appréciée par rapport au coefficient de l'acte dans la nomenclature des actes et services des médecins.

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans, les frais d'hôtellerie, à l'exception des frais de restauration générés par la présence d'une personne accompagnante à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque le séjour de la personne protégée en milieu hospitalier constitue un cas d'hébergement au sens de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, les médicaments délivrés à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie au titre d'un forfait correspondant à quatre euros et vingt cents (4,20 €) par jour. Ce forfait est liquidé à l'hôpital par la voie du tiers payant sur base d'une décision non litigieuse du Contrôle médical déclarant le cas d'hébergement.

Le fichier B7 repris à l'annexe A des présents statuts comprend les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier. Le fichier B7 détermine les conditions et modalités de délivrance et de prise en charge. Les dispositifs médicaux sont pris en charge d'après un taux appliqué à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes du fichier B7.

Art. 143. L'admission à l'hôpital et la sortie de l'hôpital des personnes protégées sont faites d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Procréation médicalement assistée

Art. 143bis. L'assurance maladie prend en charge les frais liés à la procréation médicalement assistée (PMA) par stimulation ovarienne, insémination artificielle, fertilisation in vitro (FIV) ou injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) dans les conditions et d'après les modalités prévues ci-dessous:

La prise en charge des mesures de PMA s'interrompt au jour du 43e anniversaire de la femme.

La PMA n'est pas prise en charge après ligature des trompes ou après vasectomie.

La prise en charge de la FIV et de l'ICSI est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur base d'une demande d'autorisation moyennant le formulaire spécial prévu à l'annexe J des présents statuts. Sous réserve de l'accomplissement des conditions prévues par le présent article, la Caisse nationale de santé émet un titre de prise en

charge. Les titres sont établis pour une durée maximum de six (6) mois à partir de la date d'établissement du titre.

Chapitre 13. - Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses

Exclusions

Art. 144. Les dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses non repris dans les listes en annexe des présents statuts sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Il en est de même des frais de fonctionnement et d'énergie des appareils, à moins que les listes prévues ne prévoient la prise en charge expresse de certains produits consommables liés à leur fonctionnement.

Modes de délivrance et taux de prise en charge

Art. 145. Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une acquisition par la personne protégée, sont prises en charge d'après un taux appliqué soit à un prix de vente soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes visées à l'article précédent.

Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une mise à disposition sont prises en charge dans le cadre d'une location dont le prix est déterminé soit d'après un loyer de référence fixé dans les listes statutaires, soit d'après un loyer établi sur base d'un devis.

En cas de mise à disposition de fournitures, l'assurance maladie est en droit d'imposer la mise à disposition de fournitures et d'appareils usagés. Le fait par la personne protégée de refuser la mise à disposition d'un appareil fait obstacle à sa prise en charge par une autre voie.

Limitations et modalités de la délivrance des fournitures

Art. 146. Les listes prévues peuvent déterminer pour chaque fourniture ou pour des catégories de fournitures de même nature certaines conditions et modalités de délivrance et de prise en charge spécifiques. Sont notamment visées par cette disposition:

- a) la quantité maximale susceptible d'être prise en charge par l'assurance maladie dans un intervalle donné
- b) le montant de prise en charge maximal pendant un intervalle donné
- c) la stipulation que la prise en charge est réalisée moyennant un forfait
- d) le délai de renouvellement calculé sur l'intervalle compris entre la date de la dernière délivrance de la fourniture de même nature et la date de l'ordonnance médicale prescrivant son renouvellement. Des délais spécifiques peuvent être accordés aux enfants et adolescents en phase de croissance
- e) la durée maximale en cas de mise à disposition d'une fourniture ainsi que la durée et les modalités applicables en cas de prorogation de la mise à disposition. Si la prestation est soumise à un délai, celui-ci vient à échéance précise ou cesse préalablement

- au jour où le contrat de location est repris à charge de l'assurance dépendance ou
- si suite à l'allocation de prestations de dépendance un autre appareil est pris en charge par l'assurance dépendance ou
- si la personne protégée n'a plus besoin de l'appareil du point de vue médical avant l'échéance du délai.

f) le cercle des prestataires ou fournisseurs autorisés

g) le mode de prise en charge par voie de remboursement ou par application du système du tiers payant

h) la limitation de la prise en charge en faveur de personnes atteintes de certaines affections précises constatées sur base d'une ordonnance médicale circonstanciée

i) l'exclusion de la prise en charge, au titre du présent chapitre, de fournitures prescrites à des personnes dépendantes séjournant dans des établissements ayant conclu avec la Caisse nationale de santé un contrat d'aides et de soins au sens de l'article 389 du Code de la sécurité sociale

j) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

k) la condition que la prise en charge n'est faite que sur présentation d'un devis accepté par la Caisse nationale de santé préalablement à l'acquisition

l) la condition que la fourniture est mise à disposition exclusivement à des personnes en phase de rééducation et de réhabilitation fonctionnelles

m) la condition que l'ordonnance médicale doit contenir des indications spécifiques pour l'obtention d'une fourniture déterminée

n) la possibilité de dispenser d'une ordonnance médicale originale pour les délivrances successives

o) la condition que la prise en charge en cas d'acquisition d'une fourniture soit soumise à rétrocession conformément à l'article [147](#).

p) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation administrative de la Caisse nationale de santé

Rétrocession

Art. 147. Lorsque les [listes](#) prévues en font une condition expresse, la personne protégée ou son représentant sont tenus de céder gratuitement la propriété de la fourniture à l'institution ou à la personne désignée à cet effet au cas où la personne protégée n'en aurait plus besoin. Le cas échéant aucune autorisation de prise en charge n'est accordée avant la remise de la déclaration de cession, à présenter sur un formulaire mis à disposition par la Caisse nationale de santé.

La personne protégée ou, le cas échéant, ses successeurs sont tenus de signaler aux services compétents désignés à cet effet par la Caisse nationale de santé la libération de toute fourniture visée par le présent article.

Conditions et modalités particulières

Art. 148. Les fournitures visées par les listes prévues ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie au titre des dispositions précédentes lorsqu'elles sont comprises dans les actes professionnels prévus au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services infirmiers ou lorsqu'elles sont délivrées par des établissements hospitaliers.

Art. 149. Par dérogation à l'article 2, les couches-culottes peuvent être achetées auprès de fournisseurs non visés aux points a) à c) dudit article.

Art. 150. A défaut d'indication sur l'ordonnance du nom de marque sous lequel ils sont inscrits dans les listes susvisées, seuls les produits les moins chers de même nature, inscrits dans les listes sont pris en charge.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances pour dispositifs médicaux prévus dans les fichiers B1 et B2 doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Art. 151. Par dérogation aux règles de délivrance prévues dans les dispositions qui précèdent, les dispositifs médicaux prévus dans le fichier B1, nécessaires pour un traitement spécifié sur l'ordonnance médicale à poursuivre pendant un séjour prolongé à l'étranger, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Application du tiers payant

Art. 151bis. Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 22 alinéa 3, la personne protégée a droit à la prise en charge de la part statutaire par la voie du tiers payant dans les situations expressément visées à l'agrément prévu à l'article 2 des statuts.

Dispositions spéciales concernant les dispositifs de correction auditive

Art. 152. (1) Les dispositifs de correction auditive sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants forfaitaires prévus dans le fichier B3 de l'annexe A des présents statuts.

Par le terme «dispositif de correction auditive» sont visées toutes les positions énumérées dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts.

Le forfait couvre également les prises d'empreinte, les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle audioprothétique réalisés dans un local spécialement aménagé à cet effet.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif de correction auditive prévu au fichier B3 est subordonnée à l'accomplissement des conditions cumulatives suivantes:

1) l'audiogramme tonal indique une perte auditive d'au moins 30dB sur au moins deux des fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz

ou

le pourcentage d'intelligibilité à l'audiogramme vocal à 65dB diminue d'au moins 20% lors de l'adjonction d'une source sonore de 60dB;

2) le dispositif de correction auditive apporte un gain auditif d'au moins 10dB à l'indice vocal ou un gain de 10% d'intelligibilité lors des tests d'audiométrie vocale sans adjonction d'une source sonore. Dans les cas où une audiométrie vocale ne peut pas être réalisée, l'audiogramme tonal doit démontrer un gain audioprothétique moyen d'au moins 10dB sur les fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz;

3) une durée moyenne d'utilisation quotidienne du dispositif de correction auditive d'au moins 4 heures pendant la phase d'essai.

(2) A l'exception du renouvellement de l'embout, la prise en charge des dispositifs de correction auditive se fait sur base:

- d'une ordonnance médicale pour dispositif de correction auditive d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie;
- d'un avis motivé du Service audiophonologique de la Direction de la santé, ci-après nommé «Service audiophonologique»;
- d'un devis préalable établi par le prestataire.

Par dérogation aux conditions qui précèdent, la prise en charge par l'assurance maladie d'un processeur d'implant cochléaire n'est pas subordonnée à l'avis motivé du Service audiophonologique.

(3) Avant toute intervention du Service audiophonologique, l'ordonnance médicale est transmise à la Caisse nationale de santé pour vérification des conditions administratives. La Caisse nationale de santé informe la personne protégée et le Service audiophonologique quant à leur respect ou non-respect à la date de la vérification.

Sous peine d'inopposabilité du dispositif de correction auditive à l'assurance maladie, l'avis motivé émis par le Service audiophonologique est validé par la Caisse nationale de santé par l'émission d'un titre de prise en charge.

(4) La prise en charge par l'assurance maladie d'une extension en appareillage stéréoacoustique n'est possible que pendant une période d'un an à compter de la date de la prestation de l'appareillage monaural. On entend par «date de la prestation» la date de la délivrance du dispositif de correction auditive.

(5) La prise en charge d'un embout auriculaire est conditionnée à celle d'un dispositif de correction auditive.

Un embout supplémentaire par dispositif de correction auditive est pris en charge au cours du délai de renouvellement mais au plus tôt six mois après la date de la prestation du premier embout. Pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, la prise en charge des embouts se fait sans délais de renouvellement.

(6) Un montant forfaitaire pour l'acquisition d'un système de transmission sonore par FM est pris en charge par période de renouvellement pour les personnes protégées scolarisées.

(7) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré est pris en charge pour l'oreille ipsilatérale dans le cas d'une surdité avec

une composante de transmission ou dans le cas d'une pathologie du conduit auditif externe excluant l'insertion d'un embout.

(8) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'un dispositif de correction auditive vibratoire implanté au niveau de l'oreille moyenne ou au niveau de la mastoïde est pris en charge selon les mêmes conditions que celles énumérées dans le paragraphe (7) et lorsqu'un traitement par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré est impossible pour raisons médicales dûment spécifiées par le médecin prescripteur.

(9) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'implant cochléaire est pris en charge dans le cas de la mise en place d'un implant cochléaire et pour le renouvellement d'un tel processeur. Pour cette prise en charge, il n'est pas tenu compte du délai fixé dans le paragraphe (4).

(10) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par transmission contralatérale du signal est pris en charge pour améliorer la perception bilatérale dans le cas d'une surdité unilatérale ou asymétrique qui ne peut être corrigée par un dispositif de correction auditive conventionnel.

(11) Sans tenir compte des conditions 1) à 2) prévues à l'alinéa 4 du paragraphe (1) du présent article, un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par masquage d'acouphènes est pris en charge chez la personne protégée souffrant d'acouphènes invalidants.

(12) Le délai de renouvellement des dispositifs de correction auditive est de cinq ans pour un adulte.

Par dérogation à l'alinéa précédent, ce délai est ramené à trois ans pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

Les délais sont calculés à compter de la date de la prestation relative au dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

La détermination du délai de renouvellement est fonction de l'âge atteint par la personne protégée au moment de la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

(13) En cas d'extension en appareillage stéréoacoustique endéans le délai prévu par les présents statuts, le point de départ du délai de renouvellement court à compter de la date de la prestation du dispositif de correction auditive stéréoacoustique.

(14) Il n'est pas tenu compte du délai prévu aux alinéas 1 et 2 du paragraphe (12) pour le renouvellement d'un dispositif de correction auditive lorsque la personne protégée présente une aggravation d'au moins 20dB sur la moyenne des fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz par rapport à la perte constatée lors de l'appareillage précédent. L'insuffisance du dispositif de correction auditive doit être constatée par le Service audiophonologique.

(15) Sans préjudice des dispositions figurant au paragraphe (12), un renouvellement ne sera accepté que si les résultats audioprothétiques obtenus avec le nouveau dispositif de correction auditive sont au moins équivalents à ceux obtenus avec l'ancien dispositif ou si le dispositif précédent n'est plus fonctionnel.

(16) Pour les enfants et jeunes n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, l'assurance maladie prend en charge le cumul des frais de réparation échus pour chaque dispositif de correction auditive pris en charge selon les dispositions des présents statuts jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent (25%) du montant forfaitaire prévu dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts. Pour les positions Q01 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 200 € par dispositif de correction auditive et 160 € par extension stéréoacoustique d'un dispositif de correction auditive. Pour les positions Q04 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 1400 € par dispositif de correction auditive et 1120 € par extension stéréoacoustique d'un dispositif de correction auditive. Les frais de réparation échéant pour les positions Q03 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Dispositions spéciales concernant la prise en charge des épithèses

Art. 152bis. La prise en charge par l'assurance maladie des épithèses est soumise à la production préalable d'une ordonnance médicale et d'un devis établi par un prestataire spécialisé et à condition :

- d'avoir été autorisée préalablement par la Caisse nationale de santé sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 1^{er}, points 1) à 3) des présents statuts ;
- d'avoir été autorisée préalablement par la Caisse nationale de santé dans les cas visés à l'article 26, paragraphe 2 des présents statuts.

Chapitre 14. - Prestations de maternité

Art. 153. Les prestations de maternité sont prises en charge d'après les règles conventionnelles et statutaires applicables aux différentes catégories de fournitures ou soins prévues par les présents statuts.

Les frais pour produits diététiques sont pris en charge forfaitairement jusqu'à concurrence d'un montant de dix-neuf euros quatre-vingt-trois cents (19,83 EUR) au nombre cent de l'indice du coût de la vie [act. 187,28 €]. En cas d'accouchement multiple, ce forfait est multiplié par le nombre des enfants. Ces frais sont pris en charge sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple.

En cas d'accouchement anonyme, les prestations de maternité et autres prestations de soins en rapport avec l'accouchement non susceptibles d'être versées à la mère accouchée, sont remboursées à l'institution ou à la personne qui en a fait l'avance et qui justifie de l'autorité parentale sur le nouveau-né.

Chapitre 15. - Médecine préventive

Art. 154. Les personnes protégées ont droit, à charge de l'assurance maladie, aux prestations de médecine préventive prévues par les programmes spécifiques dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 17, alinéa trois du Code de la sécurité sociale.

Chapitre 16. - Paiement complémentaire

Art. 154bis. Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées au titre de l'assurance maladie obligatoire ne peut dépasser un seuil fixé à deux pour cent et demi (2,5%) du revenu cotisable annualisé de l'année précédente.

La participation est définie par la différence entre, d'une part, le montant brut du prix officiel ou du prix de référence figurant dans les nomenclatures et les listes et, d'autre part, le montant net obtenu par application du taux de prise en charge inférieur à cent pour cent (100%). Sont prises en considération les participations prévues aux articles 35, 39 alinéa 1^{er}, 48, 52, 55, 59, 67, 71bis, 78, 91ter alinéa 1^{er}, 101, 104, 114, 115 et 145.

Les participations sont rattachées à l'année civile en fonction de la date de prestation des soins.

Par revenu cotisable annualisé on entend la somme des douze assiettes cotisables mensuelles au sens de l'article 33 du Code de la sécurité sociale. L'assiette cotisable mensuelle ne peut être inférieure au montant de cent soixante-dix-neuf euros et quatre-vingt-neuf cents au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Il n'est pas tenu compte de la majoration de trente (30 %) du minimum cotisable pour le groupe des bénéficiaires de pension. À défaut d'une affiliation continue de l'assuré au cours de l'exercice précédant l'année civile en cause, le revenu cotisable annualisé est égal au produit de l'assiette mensuelle moyenne multiplié par douze. Pour un assuré nouveau, le revenu cotisable annualisé est constitué par le salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins.

En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, à un remboursement complémentaire auprès de sa caisse compétente des participations dépassant le seuil en question.

La demande peut être présentée au plus tôt à partir du 1^{er} mai de l'exercice courant et lorsque la participation atteint au moins deux pour cent et demi (2,5%) du minimum prévu à l'alinéa 5. Sous peine de forclusion, la demande doit parvenir à l'organisme compétent au plus tard avant la fin de la deuxième année civile qui suit celle au cours de laquelle la participation visée aux alinéas précédents a atteint le seuil en question.

Le versement du remboursement complémentaire est effectué d'office par la caisse compétente.

Pour l'appréciation du dépassement du seuil, les participations de l'assuré et des coassurés au sens de l'article 7 du Code de la sécurité sociale sont totalisées.

Titre III. - Dispositions administratives

Secret médical et secret professionnel

Art. 155. Les membres des organes et les employés des institutions d'assurance maladie sont tenus au secret professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des prestations de soins et de fournitures par l'assurance maladie, la communication d'un diagnostic ou de renseignements d'ordre médical peut être faite au personnel et aux médecins de contrôle de la sécurité sociale toutes les fois que l'avis de cette administration constitue une condition pour la prise en charge des prestations.

Documents

Art. 156. Dans les relations entre les personnes protégées, les prestataires de soins et fournisseurs, l'assurance maladie et le Contrôle médical, il est fait usage obligatoirement des formules standardisées des mémoires d'honoraires, des feuilles d'ordonnance, des devis et des

déclarations d'incapacité de travail prévues par les conventions visées aux articles [61](#) et [75](#) du Code de la sécurité sociale.

Art. 157. Sauf les exceptions prévues par les statuts et conventions réglementant l'utilisation de copies, la prise en charge des prestations et fournitures ne peut être effectuée que sur base d'originaux.

Art. 158. Toutefois, en cas de déclaration de perte ou de détérioration de l'original, la prise en charge peut être effectuée sur base d'une copie certifiée conforme à l'original par son émetteur. Les rappels de factures ne valent pas original.

Art. 158 bis. (1) Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par la personne protégée ou par un tiers sur une ordonnance, un protocole thérapeutique, un mémoire d'honoraires ou une facture, ce sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des prestations et fournitures prescrites ou mises en compte et des sanctions prévues par les lois, les règlements et les présents statuts.

(2) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes n'ayant pas respecté les dispositions statutaires prévues au paragraphe précédent. Il en est de même en cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré par la personne protégée ou par un tiers conformément à l'article 9 des présents statuts.

(3) La première constatation de non-respect des dispositions prévues au paragraphe 1^{er} du présent article ou de l'article 9 des présents statuts est punie par une amende d'ordre de cent cinquante euros (150 €). La deuxième constatation est punie par une amende d'ordre de deux cents euros (200 €). Toute nouvelle constatation est punie d'une amende d'ordre de trois cent cinquante euros (350 €).

(4) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire à la même personne protégée ou une créance que la personne protégée a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 159. En vue de la constatation et de l'exercice des droits récursoires conférés par l'article [82](#) du Code de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé, la personne protégée est tenue de communiquer spontanément à la Caisse nationale de santé tout fait qui comporte pour elle un dommage corporel pour la réparation duquel une action en responsabilité civile ou pénale est susceptible d'être intentée contre un tiers responsable ou présumé responsable.

Si la personne protégée ou son représentant légal, après deux rappels, dont le dernier est resté infructueux après un délai de quinze jours, soit refuse de communiquer à la Caisse nationale de santé de manière exhaustive les renseignements requis de sa part pour éclairer les faits, soit refuse de porter plainte au pénal contre la personne responsable ou présumée responsable, elle peut être frappée d'une amende d'ordre de vingt-cinq euros (25,00 €) à cent vingt-cinq euros (125,00 €), prononcée à son égard par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. Le dernier rappel est lancé par lettre recommandée à la poste.

L'amende peut être renouvelée tant que persiste l'abstention. Toutefois le montant cumulé des amendes d'ordre ne saurait dépasser par cas ni le montant du préjudice supporté par l'assurance maladie ni le montant-limite prévu à l'article [447](#) du Code de la sécurité sociale.

Le devoir de porter plainte au pénal ne peut être imposé à la personne protégée dans les affaires de coups et blessures volontaires qui opposent des époux entre eux ou des membres d'une même famille, jusqu'au deuxième degré inclusivement, ou encore aux victimes économiquement dépendantes de la personne présumée responsable, même non parente et alliée, qui, au moment des faits, vivait avec la personne protégée dans une communauté domestique de laquelle dépend l'entretien d'un ou de plusieurs enfants mineurs.

Procédure d'autorisation spéciale

Art. 160. Lorsque le conseil d'administration de la CNS décide d'intégrer des produits (appareils, dispositifs médicaux, produits de nutrition entérale) dans les listes visées aux annexes des présents statuts, il peut par dérogation aux règles générales relatives à l'entrée en vigueur des statuts décider d'en faire bénéficier les personnes dont le cas a été à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

Assistance aux personnes protégées dans le cadre de la transmission des données médicales

Art. 161. La Caisse nationale de santé met à disposition des personnes protégées, sur requête de celles-ci, des formulaires de demande de communication des données médicales visées à l'article 60 bis du Code de la sécurité sociale et à l'article 37 des présents statuts.

Assistance exceptionnelle à la personne protégée

Art. 162. Pour satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins ou de fournisseurs agréés pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie, le président du conseil d'administration de la caisse compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale peut décider de prêter à la personne protégée une assistance exceptionnelle sous forme d'une avance sur les créances que celle-ci possède à l'égard de l'assurance maladie. Cette assistance se fait moyennant virement de la part opposable à l'assurance maladie au prestataire ou au fournisseur.

L'assistance exceptionnelle est accordée sur décision du président sur base d'une demande écrite de la personne protégée. Pour être considérée au titre d'une assistance exceptionnelle conformément au présent article, la demande doit répondre aux conditions suivantes :

- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture émanant d'un prestataire de soins ou fournisseur agréé pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie.
- elle concerne une prestation ou une fourniture non prise en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.
- elle concerne une prestation ou fourniture pour laquelle toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies.
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture dépassant le montant de 250 euros et le paiement représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve. Le montant de 250 euros constitue le montant facturé d'après les tarifs de la nomenclature ou des listes conventionnelles ou statutaires, à l'exclusion des frais facturés par le prestataire ou le fournisseur à titre de convenance personnelle de la personne protégée ou en dépassement d'un devis.
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture se rapportant à une prestation ou une délivrance d'une fourniture, pour laquelle la date d'émission du mémoire ou de la facture ne précède pas de plus de trois mois la date de la demande en vue de l'obtention de l'assistance exceptionnelle.

Remboursement en espèces

Art. 163. Les prestations en nature pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais, dépassant un montant fixé par le conseil d'administration de la caisse compétente, peuvent être remboursées sur demande de l'ayant droit visé à l'article [84](#) du Code de la sécurité sociale au moyen d'un chèque tiré sur un compte bancaire de la Caisse nationale de santé au guichet des caisses de maladie ou des agences pour lesquelles les conseils d'administration des caisses compétentes ont institué ce service.

Aux fins de l'application de la disposition qui précède sont prises en compte les factures acquittées, au jour de leur présentation à la caisse compétente, depuis moins de quinze jours.

Comptables extraordinaires

Art. 164. Les comptables extraordinaires prévus par les dispositions du [règlement grand-ducal modifié du 19 décembre 2008](#) relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale peuvent procéder à des règlements par chèque ou en espèces pour le paiement des prestations dans les cas prévus aux articles [162](#) et [163](#) ci-dessus, ainsi que pour le paiement de l'indemnité funéraire.

Il peut en être de même dans les cas où l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité est payée par la caisse compétente directement à la personne protégée.

Deuxième partie - Les prestations de décès

Titre I. Indemnité funéraire

Art. 165 En cas de décès de la personne protégée ou de son enfant mort-né, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à cent trente (130.00) euros au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 [[act. 1.227,76 €](#)].

Par un enfant mort-né au sens du premier alinéa, on entend un enfant né viable et non vivant. Est présumé viable, l'enfant dont la gestation a duré, selon le certificat médical, plus de 22 semaines depuis la conception.

En cas de décès d'une personne protégée dans le cadre d'un traitement stationnaire à l'étranger dûment autorisé par la CNS au moyen d'un formulaire S2 l'assurance maladie contribue au rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cent trente euros (130.00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 [[act. 1.227,76 €](#)]. Le paiement se fait à la personne déterminée conformément à l'article 167 alinéa 1^{er}.

Art. 166 Sont considérés comme frais funéraires les frais concernant :

- le cercueil et le décor funéraire d'usage (chapelle ardente, gerbe),
- une couronne de fleurs,
- le transport du cercueil et des fleurs,
- l'ouverture et la fermeture de la tombe,
- l'inhumation religieuse et le service funèbre,
- l'incinération,
- les avis mortuaires d'usage publiés dans la presse,

- les frais et taxes communaux.

Art. 167 Dans les limites de l'article 165, l'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci.

Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit : au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et sœurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

Troisième partie - Les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie- maternité et de l'assurance accident

Chapitre 1. - Champ d'application personnel et définitions

Art. 168. Les dispositions qui suivent s'appliquent à l'ensemble des assurés ayant droit à l'indemnité pécuniaire conformément à l'article 15 du Code de la sécurité sociale. En sont exclus les assurés au service de l'Etat, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière.

Art. 169. (1) Par période d'incapacité de travail, on entend les jours civils consécutifs pendant lesquels l'assuré est de façon ininterrompue incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ainsi que ceux pour lesquels il bénéficie d'un congé pour raisons familiales, d'un congé de maternité, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé d'accueil ou d'un congé d'accompagnement.

(2) Le début de la période correspond au premier jour non ouvré en tout ou en partie. Le dernier jour non ouvré précédant celui de la reprise du travail, respectivement, en cas de reprise progressive du travail conformément à l'article 14bis du Code de la sécurité sociale, le dernier jour ouvré pendant cette reprise progressive et précédant celui de la reprise totale du travail, constitue la fin de la période et compte pour le calcul de celle-ci. Si la journée de travail se situe à cheval sur deux jours civils, elle est imputée entièrement sur le premier jour civil. Une reprise du travail avant la fin présumée de l'incapacité de travail telle que certifiée par le médecin prescripteur sur le certificat médical d'incapacité de travail tel que visé à l'article suivant met fin à l'incapacité de travail et doit être signalée par écrit par le salarié ou le non-salarié à la Caisse nationale de santé. Une période de congé légal de récréation pendant une incapacité de travail est considérée comme reprise du travail. Par reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques, on entend une reprise du travail dûment accordée conformément à l'article 14bis du Code de la sécurité sociale.

(3) En vertu des articles 14, alinéa 1^{er} et 14bis du Code de la sécurité sociale, l'assuré en incapacité de travail peut sur base d'un certificat médical de son médecin traitant et en accord avec son employeur soumettre à la Caisse nationale de santé une demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques.

(4) Le congé pour raisons familiales et le congé d'accompagnement peuvent être fractionnés. La fraction ne dépassant pas la moitié du temps de travail contractuel prévu pour le jour en question n'est mise en compte que pour un demi-jour.

(5) Les périodes d'incapacité de travail et les périodes de référence exprimées en semaines aux articles qui suivent sont converties en journées en les multipliant par sept.

Chapitre 2. - Déclaration de l'incapacité de travail

Art. 170. Pour déclarer l'incapacité de travail, les assurés utilisent exclusivement les formulaires leur délivrés par le médecin, conformément à la convention conclue par la Caisse nationale de santé avec les médecins et plus amplement décrits dans le cahier des charges établi en vertu de cette convention. Ce formulaire comprend trois volets.

L'assuré adresse le premier volet du formulaire, dûment complété et signé par le médecin, à la Caisse nationale de santé au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, le formulaire doit être adressé à la Caisse nationale de santé avant l'expiration du deuxième jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si le dernier jour de ce délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Pour vérifier l'observation du délai visé à l'alinéa précédent, le cachet postal fait foi.

Le salarié transmet le deuxième volet aussitôt à son employeur. Le troisième volet est conservé par l'assuré pour ses propres besoins éventuels.

Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du formulaire réservées au médecin, ce sous peine des sanctions prévues par les lois, les règlements et les statuts et de nullité du certificat.

Tout ajout, inscription, rature, modification ou complément de données visé à l'alinéa 5 du présent article portant sur une durée inférieure ou égale à trois jours d'incapacité de travail est puni d'une amende d'ordre de deux cents euros (200,- €) prononcée par le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué et de nullité du certificat.

Tout ajout, inscription, rature, modification ou complément de données visé à l'alinéa 5 du présent article portant sur une durée supérieure à trois jours d'incapacité de travail est puni d'une amende d'ordre de cinq cents euros (500,- €) prononcée par le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué et de nullité du certificat.

Toute récidive, quelle que soit la durée concernée, est punie d'une amende d'ordre de sept-cent-cinquante euros (750,- €) prononcée par le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué et de nullité du certificat.

L'incapacité de travail certifiée par le médecin n'est opposable à la Caisse nationale de santé que si elle renseigne la date à laquelle l'incapacité prend fin.

Les dispositions des instruments communautaires respectivement bilatéraux s'appliquent au cas où l'incapacité survient dans un pays de l'UE, un pays assimilé ou dans un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg a conclu une convention bilatérale incluant les règles applicables en pareil cas.

Lorsque l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient dans un pays non lié par un instrument juridique prévoyant des dispositions y relatives, l'incapacité de travail ou la prolongation de celle-ci doit être justifiée par un certificat médical envoyé à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de 3 jours à partir de l'incapacité ou du délai à partir de laquelle elle est prolongée, le cachet postal faisant foi.

Le certificat médical doit être établi au plus tard le troisième jour de l'incapacité de travail ou de sa prolongation. Tout certificat médical dont l'effet rétroactif est supérieur à deux jours, n'est opposable à la Caisse nationale de santé qu'à partir de la date de son établissement. Toutefois, la Caisse nationale de santé a la faculté de valider intégralement ou partiellement la période d'incapacité de travail certifiée avec effet rétroactif.

Art. 171. La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés.

Art. 172. Si, au cours de ou après la période de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, l'assuré salarié omet de transmettre dans le délai prévu à l'article [170](#) le certificat médical à la Caisse nationale de santé, celle-ci l'invite par écrit à remplir son obligation.

En cas de récidive au cours d'une année à compter du 1er du mois au cours duquel le dernier certificat d'incapacité de travail a été adressé à la CNS en dehors du délai prévu à l'article 170 des présents statuts, le président ou son délégué peut prononcer une amende d'ordre en application de l'article [447](#), alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration est compétent pour vider les oppositions. Le conseil d'administration peut accorder décharge de l'amende.

En vertu de l'article [441](#) du même code, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende avec le remboursement futur de prestations en nature ou le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Chapitre 2 bis. - Demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques

Art. 173. L'assuré en incapacité de travail peut en vertu des articles 14, alinéa 1er et 14bis du Code de la sécurité sociale demander de reprendre progressivement le travail pour des raisons thérapeutiques, sans que cette reprise progressive ne met fin à cette incapacité de travail. La demande de reprise est produite sur le formulaire figurant à l'annexe F des présents statuts et contient tant l'attestation par le médecin traitant que la reprise progressive est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré que l'accord de l'employeur.

Chapitre 3. - Octroi de l'indemnité pécuniaire

Art. 174. L'indemnité pécuniaire reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de dix-huit mois de calendrier successifs.

L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

A condition que toutes les périodes d'incapacité de travail aient été déclarées à la Caisse nationale de santé à l'aide d'un certificat médical, sauf pour celles ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés, l'indemnité pécuniaire est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 175. Pour les salariés visés à l'article [426](#), alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire prend cours dès le premier jour de l'incapacité déclarée à la Caisse nationale de santé conformément à l'article [170](#). Pendant la période du mois en cours de la maladie ainsi que pendant le mois subséquent, elle est payée à l'employeur affirmant sur le formulaire prescrit par la Caisse nationale de santé avoir effectivement rempli son obligation légale et indiquant le nombre d'heures de travail pendant lesquelles le salarié n'a pas pu travailler.

Art. 176. Au plus tard le 20e jour de chaque mois, la Caisse nationale de santé informe l'employeur et le salarié pour lequel la conservation légale de la rémunération a pris fin au début de ce mois ou pour lequel cette obligation repasse de la Caisse nationale de santé à l'employeur conformément à l'article [121-6](#), paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail.

La Caisse nationale de santé informe le non salarié pour lequel la période de suspension de l'indemnité pécuniaire visée à l'article [12](#), alinéa 3 du Code de la sécurité sociale a pris fin au début de ce mois ainsi que de celui pour lequel elle est à nouveau suspendue à partir du début du même mois.

Art. 177. Tout avis du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est capable de travailler donne lieu à l'émission par la Caisse nationale de santé d'une décision en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale précisant que les certificats d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, établis au cours des douze semaines à venir, ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé, sauf fait médical nouveau justifié d'une manière détaillée par le médecin traitant.

La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré une décision en vertu de l'article [47](#), alinéa 1 du Code de la sécurité sociale retirant l'indemnité pécuniaire tant qu'il se soustrait sans motif valable au Contrôle médical ou aux examens médicaux prévus à l'article [L. 552-2](#) du Code du travail. De même, elle notifie une telle décision suspendant l'indemnité pécuniaire pendant la période au cours de laquelle l'assuré séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ou qu'il se trouve en état de détention.

Chapitre 4. - Détermination de l'indemnité pécuniaire

Art. 178. Pour les salariés l'indemnité pécuniaire se compose, à l'image de la rémunération, de l'indemnité de base et, le cas échéant, d'un second élément dénommé « compléments et accessoires ».

Ces deux éléments sont calculés séparément sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail. En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations différentes, l'indemnité est calculée séparément pour chacune d'elle. En dehors de la rémunération proprement dite à charge de l'employeur, les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident font partie de l'assiette de cotisation servant au calcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité de base correspond à la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé. Par rémunération de base, l'on entend les éléments de la rémunération qui sont payables mensuellement en espèces et qui ne sont pas considérés comme compléments et accessoires. A défaut de mois entièrement couverts par une activité soumise à l'assurance, la rémunération de base est portée en compte suivant la valeur convenue dans le contrat de travail. Elle est réduite à l'indice cent du coût de la vie moyennant le nombre indice applicable le mois en cause. Est porté en compte le nombre d'heures correspondant au même mois ou le nombre d'heures le plus élevé des mois au cours desquels la rémunération de base est identique.

L'élément de l'indemnité pécuniaire dénommé « compléments et accessoires » équivaut à la moyenne des compléments et accessoires qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail comme étant des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variations, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. Si cette période de référence de douze mois n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base du ou des mois de calendrier entièrement couverts. Pour la réduction à l'indice cent du

coût de la vie, est appliqué le nombre indice applicable le mois ou les mois de calendrier au cours desquels l'assiette de cotisations comprend des compléments ou accessoires.

En attendant la déclaration par l'employeur des éléments servant au calcul de l'indemnité pécuniaire, la Caisse nationale de santé accorde à la fin de chaque mois une avance appropriée. Elle récupère le trop-payé résultant du décompte entre les avances et le montant définitif par compensation avec l'indemnité pécuniaire ou les prestations de soins de santé dues au cours des trois années civiles suivantes, ou, par recouvrement direct, le cas échéant, forcé.

En l'absence de déclaration par l'employeur à la fin du mois suivant celui auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte, l'assuré peut demander la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas deux journées au sens de l'article [171](#) pendant lesquelles il affirme avoir été incapable de travailler sans devoir le justifier par un certificat médical.

Art. 179. Si l'incapacité de travail attestée par les certificats médicaux visés à l'article [170](#) ne couvre pas un mois de calendrier entier, l'indemnité pécuniaire de base ainsi que, le cas échéant, les compléments et accessoires déterminés conformément à l'article qui précède sont divisés par le nombre de jours du mois de calendrier en cause et multipliés par le nombre de jours d'incapacité de travail résultant du ou des certificats médicaux.

Après la déclaration par l'employeur du nombre de jours d'incapacité de travail effectifs et des autres données, l'indemnité pécuniaire due pour une partie seulement du mois peut faire l'objet d'un recalcul lorsque l'assuré accuse une différence de revenu pour le mois en question, résultant de l'application de différentes méthodes de proratisation de salaire par l'employeur et la CNS. Le décompte détaillé du salaire payé par l'employeur pour le mois concerné doit être joint à la demande écrite de l'assuré.

Art. 180. ...abrogé

Art. 181. Pour les assurés visés à l'article [426](#), alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier en question.

Art. 182. Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois.

Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

Art. 183. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement

Art. 184. Sauf pour les non salariés, le montant de l'indemnité pécuniaire calculé au nombre indice cent du coût de la vie conformément aux dispositions qui précèdent est multiplié par le nombre-indice applicable le mois auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Art. 185. L'indemnité pécuniaire est payée par virement bancaire à la fin du mois auquel elle se rapporte. A cet effet, l'assuré est tenu de fournir à la Caisse nationale de santé ses coordonnées bancaires, documentées par un relevé d'identité bancaire (RIB).

Chapitre 5. - Fin de l'indemnité pécuniaire

Art. 186. Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour civil de cette incapacité si la limite des soixante-dix-huit semaines prévues à l'article 14, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est atteinte. A cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelles ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ou pendant laquelle cette indemnité était suspendue conformément à l'article 11, alinéa 2 pour les salariés respectivement 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale pour les non-salariés, dans la mesure où ces périodes se situent au cours d'une période de référence antérieure de cent quatre semaines comprenant à la fin le jour considéré. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacités dépasse soixante-dix-huit (78) semaines.

Le mode de calcul prévu à l'alinéa qui précède s'applique séparément par enfant aux périodes de congé pour raisons familiales pour en déterminer la fin telle que prévue à l'article L. 234-52 du Code du travail.

Art. 187. En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas 1 et 2 de l'article 14 du Code de la sécurité sociale à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés à l'alinéa précédent.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toute(s) pièce(s)

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autre(s) revenu(s) tels que précisés aux alinéas précédents.

Les dispositions des alinéas 3 et 4 s'appliquent pour toute(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu les documents visés aux alinéas précédents le paiement de l'indemnité est suspendu

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours;
- à partir du 1^{er} jour de toute(s) éventuelle(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Art. 188. En cas de constatation d'une invalidité permanente par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et la caisse de pension sont informés de la cessation du paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie avec effet au premier jour du mois suivant celui de cette information. Il en est de même deux mois avant l'expiration de la soixante-dix-huitième semaine.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement en application des articles L. 552-1 et suivants du Code du travail.

Art. 189. La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré et à son employeur la date de la fin du droit déterminée en application des dispositions des articles 186 et 188 des présents statuts.

Cette notification, adressée avant l'expiration du droit aux parties intéressées, ne vaut que simple information dans la mesure où des contestations au sujet de la délimitation du droit aux prestations seront vidées conformément aux dispositions des articles 47 et 83 du Code de la sécurité sociale.

Chapitre 6. - Prestations de maternité

Art. 190. L'indemnité pécuniaire de maternité est servie par la Caisse nationale de santé pendant le congé de maternité. Pour avoir force probante, le certificat médical visé à l'article L. 332-1 du Code du travail concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes ne peut remonter à plus de douze semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

En cas de transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour en application de l'article L. 333-3 du Code du travail, l'employeur obtient sur demande le remboursement par la Caisse nationale de santé de la différence de revenu, charges patronales comprises. Le remboursement est effectué en une seule fois après le début du congé de maternité. L'employeur déclare au Centre commun ladite différence ensemble avec la rémunération inhérente au poste de travail de jour.

En cas de dispense de travail pour des raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte, accouchée ou allaitante conformément à la législation visée ci-dessus, le délai prévu à l'alinéa 1 qui précède n'est pas applicable.

Chapitre 7. - Principes du contrôle des malades

Art. 191. (1) Dans les situations visées par les présents statuts, les personnes portées incapables de travailler pour cause de maladie ou d'accident, dénommées ci-après « personne(s) portée(s) incapable(s) de travailler » peuvent être soumises à un contrôle administratif ou médical par la Caisse nationale de santé à partir du premier jour d'incapacité de travail justifié ou non par un certificat médical d'incapacité de travail.

(2) Par contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler on entend la présentation de contrôleurs, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne portée

incapable de travailler. Le contrôle des personnes portées incapables de travailler peut également avoir lieu dans les lieux publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins.

(3) Le contrôle administratif a pour finalité de vérifier le respect, par la personne portée incapable de travailler, des obligations lui imposées par les présents statuts.

(4) Des contrôles peuvent être effectués par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par contrôle médical des personnes portées incapables de travailler on entend, sans préjudice des dispositions portées aux articles [168 à 190](#), le contrôle tel que visé notamment à l'article [213](#) auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale et tel que visé à l'article [418](#), alinéa 2 du Code de la sécurité sociale pour vérifier si la personne contrôlée est capable de reprendre son activité professionnelle.

Art. 192. (1) Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés commis par la Caisse nationale de santé. Les contrôleurs sont porteurs d'une carte d'habilitation.

(2) Les contrôleurs ont pour mission de constater si la personne portée incapable de travailler se conforme aux dispositions légales (article [16](#) du Code de la sécurité sociale) envisageant l'organisation de mesures de contrôle par les présents statuts notamment en ce qui concerne son lieu de séjour pendant l'incapacité de travail.

(3) D'une manière générale le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informé de l'absence au travail d'un assuré en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce contrôle s'étend tant aux périodes pendant lesquelles l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendue en vertu de l'article [11](#), paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale, que pendant celles où celle-ci est à charge de la Caisse nationale de santé.

Art. 193. Dans le cadre des accords internationaux bi-ou multilatéraux ou des règlements communautaires applicables, le contrôle administratif peut être effectué en dehors des frontières du Grand-Duché de Luxembourg. Dans ce cas le contrôle est effectué soit par des agents des autorités compétentes du pays de résidence ou de séjour, soit, si les instruments juridiques applicables le prévoient, également par des contrôleurs commis par la Caisse nationale de santé.

Art. 194. (abrogé)

Art. 195. Un contrôle administratif peut être effectué sur demande écrite dûment motivée de l'employeur.

Art. 196. (1) Les personnes relevant d'une profession libérale ou indépendante ayant communiqué un arrêt de travail peuvent être soumises dès le premier jour de l'incapacité de travail au contrôle suivant les mêmes modalités que les personnes possédant la qualité de salarié.

(2) Lorsque la personne déclarante est médecin ou lorsque la déclaration concerne une des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 5) du Code de la sécurité sociale, conjoint ou partenaire d'un médecin au sens de cette disposition légale, le constat d'incapacité visé à l'article [170](#) doit émaner, sous peine d'irrecevabilité, d'un médecin tiers.

Chapitre 8. - Obligations des salariés, des travailleurs indépendants ou des ressortissants des professions libérales en cas d'incapacité de travail

Art. 197. La personne portée incapable de travailler est tenue de fournir à la Caisse nationale de santé son adresse exacte (lieu, rue, numéro, étage ...) où elle séjourne pendant son incapacité de travail.

Art. 198. (1) Tant que dure l'incapacité de travail et qu'il n'y a pas reprise du travail par la personne portée incapable de travailler, il lui est interdit de

1. participer à des activités sportives, sauf si celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une prescription médicale précise, servant au rétablissement des causes de l'incapacité de travail ;
2. exercer une activité incompatible avec son état de santé ;
3. fréquenter un débit de boissons ou un établissement de restauration, sauf pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la caisse.

(2) L'interdiction prévue au point 3. de l'alinéa précédent ne joue pas pour les personnes domiciliées dans un tel établissement.

Chapitre 9. - Régime de sorties du malade

Art. 199. (1) Par sortie de la personne portée incapable de travailler on entend l'éloignement, pendant la période d'incapacité de travail, de la personne incapable de travailler de son domicile ou du lieu de séjour indiqué par elle.

(2) Sauf les dérogations prévues par les présents statuts et nonobstant indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les périodes d'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

(3) On entend par périodes déclarées d'incapacité de travail celles que la personne portée incapable de travailler a déclarées à son employeur ou à la Caisse nationale de santé comme étant celles où elle sera prévisiblement absente de son travail pour cause de maladie ou d'accident.

Art. 200. Par dérogation à l'article précédent, la personne portée incapable de travailler peut s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour dans les hypothèses prévues ci-dessous:

a) à partir du premier jour d'incapacité de travail:

1. pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande. La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens;

2. pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas;

b) à partir du cinquième jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant au continu cinq jours civils:

pour les sorties non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures.

Art. 201. Les dispositions des articles 198 à 200 ne s'appliquent ni aux personnes en cure thermale, ni à celles bénéficiant d'un congé de maternité, d'un congé d'accueil, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé pour raisons familiales ou d'un congé d'accompagnement. Les dispositions des articles 199 et 200 ne s'appliquent pas aux personnes qui sont en incapacité de travail et auxquelles une reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques en vertu de l'article 14bis du Code de la sécurité sociale a été accordée.

Art. 202. Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de six semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43e jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie prévues aux articles [198 à 200](#).

Art. 203. (1) Sauf autorisation spécifique accordée conformément aux dispositions de l'article [16](#), alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale et dans les conditions visées ci- après, le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Cette règle ne vaut pas dans l'hypothèse où l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée.

(2) En application de l'article [16](#), alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise pour tout séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée pendant une période d'incapacité de travail. Cette autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour une période ne pouvant dépasser une semaine ouvrable, sur avis circonstancié du médecin-traitant dans les cas limitativement énoncés ci- après:

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité;
2. décès intervenu à l'étranger d'un parent ou allié du 1er degré ou du partenaire au sens de [l'article 2 de la loi du 09 juillet 2004](#) relative aux effets légaux de certains partenariats;
3. naissance à l'étranger d'un enfant de la personne portée incapable de travailler.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

(3) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable pour une période déterminée est accordée par la Caisse nationale de santé sur avis circonstanciés et concordants du médecin-traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans des cas de pathologie ou de maladie graves.

(4) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est réputée acquise si le séjour à l'étranger de la personne portée incapable de travailler se limite à la région limitrophe et permet de réunir les conditions suivantes:

1. organisation du contrôle administratif;
2. organisation du Contrôle médical;

3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document « S2 », prévu par la réglementation européenne.

(5) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la personne pour laquelle un droit aux soins palliatifs conformément aux articles 1er de la [loi du 16 mars 2009](#) relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et du [règlement grand-ducal du 28 avril 2009](#) précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs est ouvert est autorisée à séjourner dans un pays différent de celui où elle est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande écrite lui adressée au préalable.

Chapitre 10. - Modalités du contrôle

Art. 204. (1) Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 08.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqués comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

(2) Pour chaque personne contrôlée il est tenu un dossier de contrôle où sont consignés les constats de contrôle et généralement tous les faits significatifs et incidents en rapport avec le déroulement et le résultat du contrôle.

Art. 205. (1) Lors du contrôle administratif il est dressé un constat de présence ou de contravention aux dispositions statutaires de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

(2) A l'occasion des contrôles constatant une absence, le contrôleur laisse une notice de sa présence sur le lieu de contrôle. Cette notice est valablement déposée, dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. A défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne portée incapable de travailler. La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de trois jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet de la poste faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle. Le détail de cette instruction ainsi que le contenu et la forme du procès verbal de contrôle pourront être précisés par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

(3) Dans la mesure où un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

Art. 206. Pour des motifs dûment justifiés à consigner dans le dossier, les contrôleurs sont habilités à effectuer le même jour et par personne portée incapable de travailler, plusieurs contrôles.

Art. 207. (1) Sur demande du contrôleur, la personne portée incapable de travailler est obligée de présenter à celui-ci une pièce d'identité officielle avec photo.

(2) La personne portée incapable de travailler a l'obligation d'éviter toutes circonstances empêchant le contrôleur d'entrer en contact personnel avec elle.

Art. 208. (1) Au cas où l'employeur sollicite, conformément à l'article 195, un contrôle de la personne portée incapable de travailler, il doit avoir informé le service de contrôle de la Caisse nationale de santé de l'absence au travail du salarié. La demande en vue du contrôle est faite à l'aide d'un formulaire de demande transmis par l'employeur au service de contrôle par courrier postal, par fax ou par voie électronique dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le conseil d'administration.

(2) Dans les situations où l'employeur a communiqué au service de contrôle l'absence d'un salarié aux fins de contrôle prévu au paragraphe précédent il obtient par le service du contrôle des malades une confirmation écrite par fax ou par courriel, ainsi qu'un numéro d'enregistrement du message afférent.

(3) Au cas où l'employeur a fait usage de la faculté prévue au paragraphe (1), il doit immédiatement signaler par la même voie toute reprise de travail du salarié avant le terme de l'absence pour cause d'incapacité de travail du salarié annoncée par celui-ci.

(4) Une nouvelle demande pour un même assuré peut être introduite par l'employeur au plus tôt après l'écoulement d'un délai de 30 jours depuis la dernière demande.

(5) En cas de pluralité d'employeurs concernés par une même période d'incapacité de travail, les pièces du dossier afférent sont communiquées, dans les cas prévus par les présents statuts, à chacun d'eux.

Art. 209. (1) La personne susceptible de contrôle qui présente les caractéristiques d'un absentéisme correspondant à un profil basé sur des algorithmes définis par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a l'obligation de communiquer toute absence au travail pour cause de maladie ou d'accident dès le premier jour d'absence par téléphone, fax ou voie électronique à la Caisse nationale de santé. Au cas où le premier jour de l'absence correspond à un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable. L'obligation de ce faire lors de tout arrêt de travail lui est communiquée par écrit par la Caisse nationale de santé. Cette obligation perdure pendant un délai de douze mois à compter de cette communication. Le conseil d'administration peut proroger ce délai à 24 mois.

(2) Le délai prévu au paragraphe (1) reprend son cours à chaque fois que la personne concernée rentre de nouveau dans le profil d'absentéisme visé ci-avant.

Art. 210. La personne qui fait l'objet de l'invitation prévue à l'article précédent communique son absence au travail à la Caisse nationale de santé d'après les instructions qui lui ont été communiquées. Elle reçoit un numéro d'enregistrement de sa communication, qu'elle devra indiquer dans le cadre de toute procédure administrative en rapport avec l'absence au travail en question.

Art. 211. (1) Peuvent faire l'objet d'un contrôle d'office les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépassant une fréquence raisonnable telle que définie dans la convention de l'UCM avec l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire définitive de la part du Collège médical, du ministre de la Santé ou résultant d'une instruction par de la Commission de surveillance visée à l'article 72 du Code de la sécurité sociale pour dépassement des références médicales prévues par la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Union des caisses de maladie et le groupement professionnel des médecins et médecins-dentistes.

(2) Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de quatre médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs.

Art. 212. Le contrôle s'étend pareillement aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médicaux consignés sur 4 constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs.

Art. 213. Les personnes visées aux articles [209](#), [211](#) et [212](#) précédents peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical tel que visé par l'article [191](#) (4). Le Contrôle médical de la sécurité sociale transmet à destination du conseil d'administration ou de la Commission compétente un avis écrit qui s'exprime sur la capacité de travail des personnes en cause.

Chapitre 11. - Sanctions

Art. 214. (1) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article [16](#), alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux dispositions statutaires suivantes:

1. Absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque

a) la notice prévue à l'article [205](#) (2) contenant les justifications de l'absence

- n'a pas été retournée par l'assuré;
- a été retournée en dehors du délai indiqué à l'article [205](#) (2);

b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.

2. Manquement aux obligations de l'assuré, prévues aux chapitres [8](#) et [9](#) des présents statuts.

3. Manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

(2) L'amende d'ordre ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(3) Lorsqu'une amende d'ordre est prononcée à l'égard d'une personne relevant d'une profession indépendante ou libérale, cette amende est calculée sur la base de l'assiette cotisable mise en compte, par journée, et elle ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(4) Le conseil d'administration est compétent pour vider les oppositions. Le conseil d'administration peut accorder décharge de l'amende.

(5) En vertu de l'article [441](#) du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations

en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Chapitre 12. - Opposition et voies de recours

Art. 215. Les décisions relatives aux sanctions prononcées sont susceptibles des voies d'opposition et de recours prévues par le Code de la sécurité sociale.

Chapitre 13. - Communications à l'employeur, à la Mutualité des employeurs ou aux juridictions du droit de travail

Art. 216. Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles relatifs à la constatation d'une contravention aux statuts. Toutefois le résultat est communiqué seulement après l'écoulement du délai pendant lequel l'assuré dispose de la faculté de justification d'absence visée à l'article 205, paragraphe (2).

Art. 217. (1) En cas de litige devant les juridictions du travail tenant à la constatation d'une contravention tenant à l'absentéisme, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitivement acquises par défaut d'opposition ou coulées en force de chose jugée, prises conformément aux dispositions de l'article 214.

(2) Ces relevés peuvent comprendre uniquement les décisions concernant des périodes auxquelles se rapporte le litige et ne peuvent comprendre des décisions datant de plus de 12 mois de calendrier au jour de la demande visée au paragraphe précédent.

(3) En cas de litige entre la Mutualité des employeurs et un assuré volontaire visé à l'article 53 alinéa final du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs peut demander la communication d'un relevé des décisions visé à l'article 214 des présents statuts.

Art. 218. (abrogé)

Annexes aux statuts

L'annexe "A" porte les fichiers B1, B2, B3, B4, B5, B6 et B7 ci- après définis.

L'annexe "B" porte la liste des délais de renouvellement des fournitures prévue à l'article 91quinquies des statuts.

L'annexe "C" porte la liste limitative des affections, des traitements et des moyens de diagnostic pris en charge sous conditions, prévue à l'article 12 des statuts.

L'annexe "D" porte les listes de médicaments prévus par les articles 98 à 115 des statuts.

L'annexe "G" porte la liste limitative des situations prévues à la section 2 du chapitre 3 du titre II de la 1^{ère} partie des statuts.

L'annexe "H" est un modèle d'une fiche de mesures pour une délivrance d'articles de contention.

L'annexe "I" est supprimée au 01.10.2023.

L'annexe "J" est un modèle de demande de prise en charge d'un traitement par PMA, par FIV ou par ICSI.

L'annexe "K" concerne la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en milieu hospitalier.

L'annexe "L" est un modèle de demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger.

L'annexe "M" porte

1° le tableau prévu à l'article 91 et comportant selon le stade de la pathologie les fournitures relatives au pied diabétique susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie.

2° le protocole thérapeutique prévu à l'article 86 des statuts de la CNS valant ordonnance de prescription pour les fournitures relatives au pied diabétique.

L'annexe "N" est un protocole thérapeutique prévu à l'article 86 des statuts de la CNS pour les vêtements de compression et de contention.

Annexe A

Listes des dispositifs médicaux et fournitures diverses

Les listes des dispositifs médicaux et fournitures diverses visées aux articles 133, 142 et 144 des statuts sont dénommées "Fichier B1", "Fichier B2", "Fichier B3", "Fichier B4", "Fichier B5", "Fichier B6", "Fichier B7" ont la teneur suivante :

Fichier B1

Conditions particulières applicables à des fournitures spécifiques:

Art.1er Les délais de renouvellement inscrits dans la liste s'appliquent au groupe de produits classés sous un même code groupe et non aux produits individuels. Toutefois, pour les groupes V93F1 et V93F3, la quantité maximale prise en charge par l'assurance maladie est limitée à 4 bandages par membre par an, quel que soit le groupe de produits dont il s'agit. Dans le cas d'une personne protégée atteinte d'une malformation veineuse ou artério-veineuse congénitale, la quantité maximale peut être portée à 8 bandages par membre par an.

Art.2 (1) Les glucomètres inscrits sous le code groupe N01E0 ne sont pris en charge que si la personne protégée est atteinte de diabète insulino-dépendant.

(2) ... abrogé

(3) Les tampons anaux inscrits sous le code groupe «V97F» ne sont pris en charge que si la personne protégée est atteinte d'une incontinence anale à l'exclusion des personnes titulaires d'un droit à des prestations de même nature dans le cadre de l'assurance dépendance. Pour la première prise en charge un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requis. Une fois le diagnostic posé, ces formalités ne sont plus de rigueur.

(4) Une prothèse capillaire (perruque) inscrite sous le code groupe « V98D » est prise en charge dans le cas d'une alopecie temporaire ou définitive, partielle ou totale, de l'adulte et de l'enfant, consécutive à une pathologie ou à sa prise en charge. L'indication est à préciser par le prescripteur.

Dans le cadre de l'alopecie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopecie androgénique féminine égale au stade 3 de la classification de Ludwig.

(5) Le délai de renouvellement des prothèses oculaires inscrites sous le code groupe «V98E» n'est pas applicable aux enfants de moins de 14 ans lorsque l'ordonnance justifie leur prise en charge en raison de leur croissance. Le délai peut en outre être réduit sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas des personnes ayant subi une énucléation récente (3 à 6 mois) ou en cas de faits intercurrents. Une ordonnance n'est pas requise pour le renouvellement.

(6) Les couches-culottes inscrites sous le code-groupe «V97G» sont prises en charge à condition que la personne protégée âgée de plus de 2 ans et de moins de 18 ans est atteinte d'incontinence vésicale ou anale. Au-delà de 18 ans, la prise en charge des couches-culottes pour incontinence vésicale ou anale se limite aux personnes protégées atteintes de spina bifida.

(7) Une ordonnance n'est pas requise pour le renouvellement de la prise en charge des prothèses mammaires inscrites sous le code groupe «V98C».

(8) Le forfait pour soins dermatologiques inscrits sous le code-groupe «V98F» n'est pris en charge que lorsque le patient est atteint des affections dermatologiques graves et étendues suivantes : dermatite atopique chez les enfants âgés de moins de 5 ans, épidermolyse bulleuse, ichtyose, albinisme oculo-cutané et scléroderma pigmentosum.

(9) Les systèmes intégrés glucomètre avec seringue automatique pour diabétiques inscrits sous le code groupe N01E1 ne sont pris en charge que si la personne protégée est atteinte de diabète insulino-dépendant.

Le médecin prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient diabétique est insulino-dépendant.

(10) La prise en charge des produits inscrits sous le code-groupe «V98G» est limitée à une utilisation à domicile suite à un séjour hospitalier ou à une personne protégée atteinte d'une brûlure du troisième degré.

L'ordonnance doit comporter nommément tous les produits susceptibles d'être inclus dans la prise en charge et doit être accompagnée d'un devis. Une liste limitative validée par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé reprend les produits pris en charge: Tampons stériles, gants stériles, redons à usage unique, ouate de rembourrage synthétique, peau artificielle, pansements oculaires avec fenêtre, mèche hémostatique stérile, pansements interactifs en silicone.

(11) La prise en charge du forfait pour set de sondage urinaire inscrit sous le code groupe «V91G» est limitée aux patients atteints de spina bifida, tétraplégie ou paraplégie.

(12) La prise en charge des produits inscrits sous les code-groupes « V74A », « V74A1 » et « V74AX » est réservée aux personnes protégées bénéficiant d'une prise en charge préalable des appareils d'exercice respiratoire repris sous le code-groupe 030327 au fichier B2.

(13) L'appareil inscrit sous le code groupe « N01E2 » n'est pris en charge que pour des personnes sous traitement au long cours par anticoagulants de type anti-vitamine K, possédant eux-mêmes ou un membre de leur famille, les facultés nécessaires à la compréhension et à la manipulation de l'appareil.

Le prescripteur doit:

1) certifier que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une formation théorique et pratique du volet médical et technique,

2) certifier que la personne protégée ou un membre de sa famille est apte à l'utilisation correcte de l'appareil,

3) assurer le suivi de la personne protégée utilisateur de l'appareil

(14) La prise en charge de l'appareil contre l'énurésie inscrit sous le code-groupe «V97D5» est limitée aux enfants ayant l'âge de 6 ans accomplis.

(15) La prise en charge des dispositifs médicaux inscrits sous le code-groupe «V98H» est réservée aux personnes protégées bénéficiant d'une prise en charge préalable du monitoring

cardio-respiratoire pour la surveillance des enfants à risque de mort subite, inscrit au fichier B2.

(16) Les pompes à insuline externes inscrites sous les codes groupes « N55C1* » ne sont prises en charge que lorsque les conditions suivantes sont remplies.

La prescription doit être établie par un médecin spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté en diabétologie et formé à l'utilisation des pompes à insuline.

Le prescripteur doit :

- a) certifier que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une formation théorique et pratique du volet médical et technique et est apte à l'utilisation correcte du dispositif pompe à insuline portable et
- b) assurer le suivi de la personne protégée utilisatrice du dispositif pompe à insuline portable.

(17) Le dispositif d'irrigation transanale et ses accessoires inscrits sous le code groupe « V97F » ne sont pris en charge que si la personne protégée, âgée de plus de 3 ans, est atteinte de troubles colorectaux par atteinte neurologique, se traduisant par une constipation et/ou une incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit. La prescription initiale doit être effectuée soit par un médecin de médecine physique et de réadaptation, soit par un médecin gastro-entérologue, soit par un pédiatre. Le dispositif est réservé aux personnes protégées ayant reçu une formation à l'utilisation du dispositif en autosondage en milieu hospitalier.

(18) Les solutions d'inhalation de chlorure de sodium hypertoniques inscrites sous le code-groupe V98I1 sont prises en charge sur accord préalable du Contrôle médical dans les cas de figure suivants:

- Mucoviscidose: la demande initiale doit être faite par un médecin-spécialiste en pédiatrie ou en pneumologie.
- Bronchiectasie d'autres étiologies: la demande initiale dûment motivée doit être faite par un médecin spécialiste en pneumologie.

(19) La prise en charge des lecteurs du type système flash d'autosurveillance du glucose, inclus dans le code N01E70, est assurée dans le cas suivant:

L'ordonnance doit être établie par un médecin spécialiste en diabétologie, en endocrinologie ou en médecine interne qui assure le diagnostic et le traitement du patient.

Le médecin prescripteur certifie sur l'ordonnance que le patient diabétique nécessite des injections quotidiennes multiples d'insuline.

(20) La prise en charge des capteurs du type système flash d'autosurveillance du glucose, inclus dans le code N01D70 est assurée dans le cas suivant:

Le médecin prescripteur certifie sur l'ordonnance que le patient diabétique nécessite des injections quotidiennes multiples d'insuline.

(21) Les systèmes de mesure du glucose en continu (CGM) dont les dispositifs sont repris dans les codes groupe « N01D2 », « N01D3 » respectivement « N01D4 » ne sont pris en charge que lorsque les conditions suivantes sont remplies.

Un récepteur inclus dans le code groupe N01D4 ne sera pris en charge que si aucune pompe à insuline compatible avec le CGM n'est utilisée.

La prescription doit être établie par un médecin spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté en diabétologie et formé à l'utilisation de la technologie des systèmes de mesure de glucose en continu.

La personne protégée répond à une des indications suivantes :

- Patient diabétique de type 1 dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite (par pompe externe ou multi-injections) et d'une auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥ 4 / j).
- Patient diabétique de type 1 instable ayant déjà nécessité une consultation d'urgence ou une hospitalisation, dans les 12 mois précédents.

Un premier titre de prise en charge peut être établi pour une durée maximale de 6 mois.

Le prescripteur doit :

- a) certifier que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système de mesure en continu du glucose et est apte à l'utilisation correcte du dispositif CGM et
- b) assurer le suivi de la personne protégée utilisateur du dispositif CGM,

Une prolongation peut être accordée si le patient a utilisé le monitoring pour 70% du temps au moins sur les 3 mois précédents et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

Protocole thérapeutique :

- Demande de prise en charge par l'assurance maladie des systèmes de mesure du glucose en continu.

(22) La prise en charge des béquilles inscrites dans les groupes « V94D » respectivement « V94D1 » est assurée sous condition que la prescription renseigne la taille de la personne protégée.

(23) L'appareil inscrit sous le code groupe « V74C » n'est pris en charge que sur accord préalable de la Caisse nationale de santé pour des patients sous oxygénothérapie ou non, présentant au moins une des pathologies suivantes :

- Maladie pulmonaire chronique avec risque de désaturation en oxygène
- Maladie neuromusculaire avec atteinte respiratoire
- Covid-19 pour les personnes à risque d'évolutions graves

Le prescripteur précisera la pathologie ainsi que la fréquence journalière de la surveillance sur le [formulaire de demande de prise en charge](#). Dans le cadre de la COVID-19, la durée de la surveillance est également à préciser.

(24) Les appareils de mesure de la cétonémie repris dans le code groupe « N01E01 » ne sont pris en charge que lorsque les conditions suivantes sont remplies (1 / 60 mois).

Les bandelettes nécessaires à la mesure de la cétonémie reprises dans le code groupe « N01C3 » ne sont également prises en charge que lorsque les conditions suivantes sont remplies.

La première prescription doit être établie par un médecin spécialiste en endocrinologie, en médecine interne, en neurologie ou en pédiatrie, expérimenté dans la prise en charge d'une maladie métabolique ou d'épilepsie réfractaire.

La personne protégée répond à une des indications suivantes :

- Patient atteint d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare et qui nécessite une surveillance régulière de la cétonémie.
- Patient atteint d'une épilepsie réfractaire et qui suit un régime cétogène nécessitant une surveillance régulière de la cétonémie.

Un premier titre de prise en charge peut être établi pour une durée maximale de 12 mois.

Une prolongation pour une durée indéterminée peut être accordée par le médecin traitant lorsque la poursuite du traitement est médicalement justifiée.

Par prescription médicale, un maximum de 180 bandelettes peut être délivré pour une durée de 3 mois.

Protocole thérapeutique : oui

Art.3 Les dispositifs médicaux repris aux codes groupes suivants ne sont pris en charge que s'ils sont délivrés dans une pharmacie ouverte au public.

- V90A1 Pansements rapides: peau normale (tissé)
- V90A2 Pansements rapides: peau normale (plastic)
- V90A3 Pansements rapides: peau sensible (hypoallergénique)
- V91D3 Compresses stériles: tissées, normales
- V91D4 Compresses stériles: non tissées, normales
- V91D5 Compresses stériles auto-adhésives
- V91D6 Compresses stériles: tissées, absorbantes
- V91D7 Compresses stériles: non tissées, absorbantes
- V91D8 Compresses stériles: non-adhérentes absorbantes+support polyuréthane
- V91F1 Compresses stériles: non adhérentes absorbantes
- V91F2 Compresses stériles: non adhérentes , plaies putrides
- V91F3 Compresses stériles spéciales
- V91F4 Pansements stériles: non-adhérents en silicone/polyamide
- V91F5 Compresses imprégnées
- V91F6 Compresses ophtalmiques
- V91F7 Compresses: Divers
- V91F8 Mèches de gaze stériles
- V91F9 Compresses imprégnées d'un principe actif médicamenteux
- V91G Sets de pansement et de sondage
- V92N1 Pansements interactifs: pansements hydrogels
- V92N2 Pansements interactifs: pansements hydrocolloïdes
- V92N3 Pansements interactifs: pansements hydrocellulaires
- V92N4 Pansements interactifs: films de polyuréthane transparents
- V92N7 Pansements tissés pour fixation de cathéter périphérique
- V92N8 Pansements interactifs: pansements à alginate de calcium

- V92N9 Pansements interactifs: pansements en polyacrylate
- V92N10 Pansements interactifs: antibactériens à base d'argent
- V92N11 Pansements interactifs: charbon actif + antibactérien à base d'argent.
- V92S0 Pansements occlusifs oculaires
- V93E0 Bandes de fixation: bandes de crêpe
- V93E1 Bandes de fixation: bandes de gaze ou cambric
- V93E2 Bandes de fixation: bandes de gaze élastiques
- V93E3 Bandes de fixation: bandes cohésives
- V97E Divers
- V98A Solutions de rinçage et d'irrigation
- V98B Solutions à base d'acide hyaluronique (3/genou/an)
- V98F Soins dermatologiques
- V98E1 Lubrifiants oculaires

Art.4 Les légendes appliquées au fichier B1:

AP CM Cette mention signifie que pour la prise en charge l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise.

A CM Cette mention signifie que pour la prise en charge l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise.

AP CNS Cette mention signifie que pour la prise en charge l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise.

A CNS Cette mention signifie que pour la prise en charge l'autorisation de la Caisse nationale de santé est requise.

Art.5 Les règles de délivrance déterminent la quantité maximale à délivrer en une seule fois par fourniture et par ordonnance comme suit :

Code groupe	Libellé du groupe /
V98E1	Lubrifiants oculaires
	La quantité de flacons prise en charge en une seule fois ne peut dépasser un emballage.

... [suit le fichier B1](#)

Fichier B2

Art. 1. Les dispositifs médicaux du fichier B2 sont définis comme étant réutilisables et amortissables.

Les dispositifs médicaux du fichier B2 sont mis à disposition de la personne protégée contre paiement d'un loyer mensuel. Le montant maximal du loyer mensuel, pris en charge intégralement par l'assurance maladie, est déterminé par voie statutaire, conventionnelle ou par agrément conformément à l'article 2 des statuts.

A défaut d'une fixation statutaire, la prise en charge se fait exclusivement par la voie du tiers payant.

Le loyer mensuel comprend l'instruction de la personne protégée pour garantir une utilisation correcte, l'installation, les frais des contrôles périodiques nécessaires au bon fonctionnement et le remplacement de matériel de l'appareil pour autant que celui-ci ait été utilisé dans des conditions normales.

Art. 2. Suivant l'article 146, les conditions, limitations et modalités suivantes sont prévues pour les dispositifs médicaux ou les groupes suivants.

groupe ou No national	Descriptif	Modalités et conditions de prise en charge
5990016	App. mobile avec valve pour bonb. à O2 gaz.(+débit manomètre+2 bonb à O2)	<p>La prise en charge est conditionnée par celle préalable du concentrateur d'oxygène en poste fixe.</p> <p>Les bonbonnes d'oxygène sont fournies avec un détendeur débitmètre.</p> <p>La prise en charge a une visée de secours ou de déambulation de courte durée.</p> <p>La prise en charge est limitée à la pathologie suivante: Insuffisance respiratoire chronique avec hypoxémie documentée (pa O2<60 mm Hg au repos et/ou à l'effort).</p> <p>La première ordonnance médicale doit documenter la variation des gaz du sang sous oxygénothérapie. En outre, l'ordonnance établie par un médecin pneumologue doit préciser le débit d'oxygène exprimé en litres par minutes.</p> <p>La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.</p> <p>L'eau pour l'humidification n'est pas incluse</p>
M03031803L	Concentrateur d'oxygène	<p>La prise en charge de l'oxygénothérapie à long terme en poste fixe est limitée aux pathologies suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance respiratoire chronique avec hypoxémie persistante depuis au moins 3 mois (pa O2<60 mm Hg) 2. Hypertension pulmonaire artérielle 3. Syndrome d'apnées du sommeil associé à une broncho-pneumopathie chronique obstructive <p>La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.</p>

		<p>L'eau pour l'humidification n'est pas incluse.</p> <p>L'ordonnance médicale, doit être établie par un médecin spécialiste en pneumologie.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, l'ordonnance peut être établie par un médecin autre qu'un médecin spécialiste en pneumologie lorsqu'il s'agit d'un patient en fin de vie et par un médecin spécialiste en pédiatrie lorsqu'il s'agit d'un mineur.</p> <p>Le médecin prescripteur doit certifier que les personnes responsables d'administrer le traitement au mineur ont suivi une formation permettant la bonne utilisation et administration du débit d'oxygène et sont en mesure de le manier.</p> <p>En outre, dans le cas de l'épidémie COVID-19, l'oxygénothérapie par concentrateur d'oxygène en poste fixe peut être prescrite à un patient en détresse respiratoire par un médecin autre qu'un médecin spécialiste en pneumologie. L'oxygénothérapie par concentration d'oxygène en poste fixe est prise en charge sur base d'un accord de la CNS.</p> <p>Toute ordonnance médicale doit préciser la quantité d'oxygène à délivrer, la période pour laquelle la quantité est prescrite et le débit d'oxygène exprimé en litres par minutes et nombre d'heures par jour.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, l'ordonnance médicale établie par le médecin spécialiste en pneumologie doit en outre documenter la variation des gaz du sang sous oxygénothérapie. Toutefois, cette condition n'est pas applicable pour les ordonnances médicales établies pour les mineurs, les patients en fin de vie et les cas de l'épidémie COVID-19.</p>
<p>5990047</p>	<p>Bonbonne à oxygène gazeux avec détendeur débitmètre intégré contenant 2L (400LO₂)</p>	<p>Les bonbonnes d'oxygène sont fournies avec un détendeur débitmètre intégré.</p> <p>La prise en charge se limite à un maximum de deux bonbonnes à oxygène gazeux, tout volume confondu.</p> <p>La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.</p> <p>L'eau pour l'humidification n'est pas incluse.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge est réservée aux personnes protégées atteintes d'un cluster headache. <p>L'ordonnance motivée est établie par un médecin neurologue</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> La prise en charge est conditionnée par celle préalable du concentrateur d'oxygène en poste fixe. <p>La prise en charge est limitée à la pathologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance respiratoire chronique avec hypoxémie documentée (pa O₂<60 mm Hg au repos et/ou à l'effort). <p>La prise en charge a une visée de secours ou de déambulation de courte durée. La première ordonnance médicale établie par un médecin pneumologue doit documenter la variation des gaz du sang sous oxygénothérapie et doit préciser le débit d'oxygène exprimé en litres par minutes.</p>
5990051	Bonbonne à oxygène gazeux avec détendeur débitmètre intégré contenant 5L (1000LO ₂)	<p>Les bonbonnes d'oxygène sont fournies avec un détendeur débitmètre intégré.</p> <p>La prise en charge d'un maximum de deux bonbonnes à oxygène gazeux, tout volume confondu, est réservée aux personnes protégées atteintes d'un cluster headache.</p> <p>L'ordonnance motivée est établie par un médecin neurologue.</p> <p>La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.</p>
5990064	Bonbonne à oxygène gazeux avec détendeur débitmètre intégré contenant 10L (2000LO ₂)	<p>Les bonbonnes d'oxygène sont fournies avec un détendeur débitmètre intégré.</p> <p>La prise en charge d'un maximum de deux bonbonnes à oxygène gazeux, tout volume confondu, est réservée aux personnes protégées atteintes d'un cluster headache.</p> <p>L'ordonnance motivée est établie par un médecin neurologue.</p>

		La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.
5990033	Concentrateur d'oxygène transportable	<p>La prise en charge est prévue pour les patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme (M03031803L).</p> <p>La prise en charge inclut les lunettes ou masques à oxygène, à raison d'un maximum de 2 unités par mois, et les tuyaux.</p> <p>L'eau pour l'humidification n'est pas incluse.</p> <p>Le concentrateur d'oxygène transportable vise à couvrir les besoins d'oxygène en déambulation dans les situations dans lesquelles la personne protégée est éloignée d'une source d'oxygène fixe exigeant un système non raccordé au réseau électrique.</p> <p>L'ordonnance médicale doit être établie par un médecin spécialiste en pneumologie.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, l'ordonnance médicale peut être établie par un médecin autre qu'un médecin spécialiste en pneumologie lorsqu'il s'agit d'un patient en fin de vie et par un médecin spécialiste en pédiatrie lorsqu'il s'agit d'un mineur.</p> <p>Le médecin prescripteur doit certifier que les personnes responsables d'administrer le traitement au mineur ont suivi une formation permettant la bonne utilisation et administration du débit d'oxygène et sont en mesure de le manier.</p> <p>Le médecin prescripteur doit indiquer sur l'ordonnance médicale que la personne protégée déambule souvent et régulièrement.</p> <p>L'ordonnance médicale doit en outre préciser le débit d'oxygène en litres par minutes et la durée quotidienne d'application.</p>
5990078	Appareil pour ventilation à percussion intrapulmonaire	La prise en charge est limitée au traitement de la mucoviscidose, des atrophies musculaires progressives spinales et des myopathies primitives progressives.
5990095	Appareil ex-insufflation mécanique	La prise en charge est limitée aux personnes protégées présentant une sclérose latérale amyotrophique.
5990081	Simeox	La prise en charge est limitée au traitement de la mucoviscidose, des atrophies musculaires

		progressives spinales et des myopathies primitives progressives.
M03061200L	Appareil de drainage lymphatique	La prise en charge est limitée aux personnes présentant un lymphoedème après chirurgie carcinologique.
033303	Coussins anti-escarres	L'ordonnance comporte l'indication thérapeutique justifiant le type de coussin.
033306	Matelas	L'ordonnance doit comporter l'indication thérapeutique justifiant le type de matelas, la présence ou le degré de l'escarre, respectivement le stade de risque d'escarres suivant une échelle reconnue (p.ex. : Norton). La prise en charge se limite au maintien à domicile.
M03482401L	Attelle de mobilisation du genou	La prise en charge est limitée au traitement post-opératoire des prothèses du genou ou de la polyarthrite rhumatoïde.
123603	Lève-personnes	La prise en charge se limite aux transferts lit-fauteuil. La prise en charge se limite au maintien à domicile.
M18121001L	Lit	La prise en charge se limite au maintien à domicile.
M18121002L	Sommier	La prise en charge se limite au maintien à domicile.

Les dispositifs médicaux ne sont délivrés qu'en un seul exemplaire, sauf dans les situations exceptionnelles constatées par le Contrôle médical de la sécurité sociale où l'attribution d'un seul dispositif médical de même nature ne parviendrait pas à couvrir les besoins de la personne protégée.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la position M03031803L concentrateur d'oxygène en poste fixe n'est cumulable qu'avec une seule des positions suivantes :

- 5990016 Appareillage mobile avec valve (deux bonbonnes d'oxygène gazeux ≤ 2 L avec détendeur débitmètre et valve) ou
- 5990051 Bonbonnes d'oxygène gazeux avec détendeur débitmètre intégré ≤ 2 L ou
- 5990033 Concentrateur d'oxygène transportable

Art. 3. Les dispositifs médicaux loués par un fournisseur agréé ou conventionné restent la propriété de ce fournisseur et doivent lui être retournés, sauf renouvellement autorisé, à l'échéance de la durée de la prise en charge par l'assurance maladie.

L'ordonnance est toujours requise pour l'établissement d'un titre de prise en charge. Lorsqu'elle est établie en vue d'une prolongation d'un titre de prise en charge, elle doit indiquer la durée approximative d'utilisation de la prestation et, le cas échéant, indiquer qu'il s'agit d'un cas permanent ou irréversible.

Art. 4. Les légendes appliquées aux fichiers B

APCM - accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

ACM - accord du Contrôle médical de la sécurité sociale

APCNS - accord préalable de la Caisse Nationale de Santé

ACNS - accord de la Caisse Nationale de Santé

.....[suit le fichier B2.](#)

Fichier B3

Art. 1^{er}. Le fichier B3 contient les dispositifs médicaux suivants:

- Dispositifs de correction auditive;
- Accessoires;
- Embouts.

Art. 2. Sont pris en charge par l'assurance maladie les dispositifs de correction auditive présentant les caractéristiques minimales suivantes:

1) Les dispositifs de correction auditive, à l'exception des dispositifs de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré, doivent avoir:

- une bande passante minimale jusqu'à 5.500 Hz;
- un niveau de distorsion inférieur à 5% aux fréquences 800 - 1.800 Hz.

2) Les dispositifs de correction auditive doivent disposer d'une fonction d'enregistrement des données d'utilisation (Data Log).

Art. 3. Les dispositifs de correction auditive sont classés selon leurs caractéristiques techniques et leurs attributs complémentaires.

Un montant forfaitaire est prévu pour chaque classe de dispositifs.

Les dispositifs visés à l'article 1^{er} sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants forfaitaires prévus dans le fichier B3.

Code forfait	Libellé	Montant forfaitaire
Q01A1	Dispositif de correction auditive de classe 1. Forfait prévu en fonction de la perte auditive pour les personnes protégées vivant dans un environnement sonore uniforme et peu changeant	800 €
Q01A2	Dispositif de correction auditive de classe 2. Forfait prévu en fonction de la perte auditive pour les personnes protégées vivant dans un environnement	1.000 €

	sonore fluctuant et régulièrement difficile	
Q01A3	Dispositif de correction auditive de classe 3. Forfait prévu en fonction de la perte auditive pour les personnes protégées vivant dans un environnement sonore fluctuant et dans des situations d'écoute extrêmes	1.200 €
Q01AS1	Extension stéréoacoustique du forfait Q01A1	640 €
Q01AS2	Extension stéréoacoustique du forfait Q01A2	800 €
Q01AS3	Extension stéréoacoustique du forfait Q01A3	960 €
Q03E	Prise en charge forfaitaire d'un embout auriculaire - 1re livraison	40 €
Q03EF	Prise en charge forfaitaire d'un embout auriculaire souple - 1re livraison	50 €
Q03EN	Prise en charge forfaitaire d'un embout auriculaire - Renouvellement	40 €
Q03EFN	Prise en charge forfaitaire d'un embout auriculaire souple - Renouvellement	50 €
Q04B	Prise en charge forfaitaire pour dispositif de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré (BAHA - hors frais d'implantation)	4.200 €
Q04BS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04B	4.200 €
Q04C	Prise en charge forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par transfert contralatéral du signal auditif (CROS)	1.430 €
Q04CT	Prise en charge forfaitaire pour un émetteur CROS	430 €
Q04FA	Prise en charge d'un récepteur FM autonome	640 €
Q04FAS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04FA	512 €
Q04FT	Prise en charge forfaitaire pour un émetteur FM	295 €
Q04FR	Prise en charge forfaitaire pour un récepteur FM	540 €

Q04FRS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04FR	432 €
Q04T	Prise en charge forfaitaire d'un système de masquage d'acouphènes (Tinnitus Masker)	520 €
Q04TS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04T	416 €
Q05R	Frais de réparation	Jusqu'à concurrence de 25% du montant forfaitaire du dispositif de correction auditive. Pour les positions Q01 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 200 € par dispositif de correction auditive et 160 € par extension stéréoacoustique d'un dispositif de correction auditive. Pour les positions Q04 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 1400 € par dispositif de correction auditive et 1120 € par extension stéréoacoustique d'un dispositif de correction auditive. Les frais de réparation échéant pour les positions Q03 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.
Q04PC	Prise en charge forfaitaire pour le renouvellement d'un processeur d'implant cochléaire. Dans le cadre de cette prise en charge, le processeur d'implant cochléaire est livré avec au moins les accessoires suivants : 3 batteries rechargeables, 1 chargeur pour batterie rechargeable, 2 antennes (coil avec aimant), 3 câbles pour antennes, 2 crochets ou tours d'oreille ou snugfits.	6.900 €
Q04PCS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04PC	5.520 €
Q04PV	Prise en charge forfaitaire pour un processeur d'implant d'oreille moyenne ou pour un processeur d'implant à conduction osseuse ancré au niveau de la mastoïde.	4.550 €
Q04PVS	Extension stéréoacoustique du forfait Q04PV	3.640 €

.....suit le fichier B3.

Fichier B4

Définition des prestations et fournitures

Art. 1er. Le fichier B4 contient les dispositifs médicaux suivants :

Les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées ou pour personnes présentant une autre pathologie respiratoire soumise à un accord préalable par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Limitations et modalités de délivrance

Art. 2. Le traitement prescrit par ordonnance ne peut dépasser une durée globale de six mois.

Les quantités prises en charge par délivrance en une fois suffisent pour couvrir au maximum un traitement prescrit de deux mois. Lorsque la prescription porte sur une période de traitement supérieure à deux mois, la délivrance est fractionnée.

Conditions et modalités particulières

Art. 3. Sans préjudice des conditions prévues à l'article [146](#), la prise en charge des dispositifs médicaux pour lesquels aucun prix de référence n'est déterminé, n'est accordée que sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et sur devis préalable.

Art. 4. Le délai de renouvellement peut être raccourci sur ordonnance médicale motivée.

Art. 5. Les frais de réparation prévus à l'article [145](#) sont pris en charge jusqu'à concurrence de 25% du prix de remboursement du dispositif médical respectif. La réparation n'est due qu'à partir de l'échéance de la durée de garantie, sur accord préalable de la Caisse nationale de santé et sur devis préalable.

.....[suit le fichier B4](#).

Fichier B5

Art.1er. Les produits d'alimentation médicale inscrits dans le présent fichier sont réservés :

1) aux personnes atteintes d'une des anomalies du métabolisme des acides aminés d'origine génétique suivantes:

- a) phénylcétonurie
- b) troubles du cycle de l'urée
- c) déficit en sulfite oxydase isolé ou combiné à un déficit du cofacteur molybdène

d) hyperglycémie sans cétose

2) aux personnes atteintes d'une entéropathie par intolérance au gluten (maladie coeliaque)

3) aux nourrissons et enfants en bas âge atteints d'une pathologie cholestatique chronique sévère

4) aux nourrissons et enfants en bas âge atteints d'une allergie alimentaire multiple sévère ou persistante avec syndrome de malabsorption sévère

5) aux personnes atteintes d'un syndrome de malabsorption sévère avec signes de carence dans le cadre de maladies inflammatoires, après résection chirurgicale étendue, de radio-entérite, de mucoviscidose et d'entéropathie exsudative

6) aux personnes présentant

- Une pathologie neurologique sévère avec absence ou incoordination du réflexe de déglutition
- Une néoplasie de la sphère ORL ou digestive haute
- Des séquelles de chirurgie ou de radiothérapie de la sphère ORL ou digestive haute
- Un état cachectique (BMI<16) dans le cadre d'une insuffisance respiratoire et/ou insuffisance cardiaque chronique sévère

7) aux nourrissons et enfants âgés de moins de 14 ans atteints de troubles métaboliques graves nécessitant l'éviction d'un nutriment majeur.

8) aux enfants âgés de moins de 18 ans, atteints d'une des maladies métaboliques suivantes:

a) déficience en complexe pyruvate déshydrogénase pour autant que le traitement ait été instauré précocement (PDH)

b) épilepsie grave rebelle aux traitements médicamenteux

9) aux nourrissons âgés de moins de 12 mois ou présentant un poids corporel de moins de 8 kg, présentant une dénutrition ou chez lesquels l'alimentation orale est impossible, difficile ou insuffisante, ayant un tube digestif sain, nécessitant un apport volumétrique restreint et présentant une des indications suivantes :

- pathologie malformative (axe digestif ou respiratoire)
- pathologie neurologique
- séquelles de prématurité
- cardiopathie congénitale
- dermatose sévère
- maladie hématologique d'apparition précoce
- assistance nutritionnelle en péri-opératoire des interventions chirurgicales lourdes

10) aux personnes atteintes d'une glycoséose de type 1a, 1b ou 3

11) aux enfants de 0 à 10 ans, atteints d'une insuffisance rénale aiguë ou chronique avec hyperphosphatémie chez lesquels la thérapie conservatrice échoue et qui ont besoin d'une alimentation lactée ou d'une alimentation par sonde.

La prescription doit être réalisée par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en néphrologie.

12) aux personnes atteintes d'un cancer qui sont soit en état de dénutrition, soit à risque de dénutrition.

Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :

- Pour les adultes de moins de 70 ans :
 - perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - ou indice de masse corporelle (IMC) $\leq 18,5$ (hors maigre constitutionnelle).
- Pour les adultes de plus de 70 ans :
 - perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - ou IMC ≤ 21 ;
 - ou mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ;
 - ou albuminémie < 35 g/l.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont prescrits en complément de l'alimentation et de façon transitoire.

La prescription doit être réalisée par le médecin responsable du traitement anti-cancéreux.

Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des critères précitées.

La première prescription est effectuée pour un mois maximum.

Les renouvellements de prescription sont effectués par le médecin pour 6 mois maximum après une réévaluation comprenant :

- une analyse de l'évolution de la courbe de poids (pesée hebdomadaire);
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- la tolérance de la CNO ;
- l'observance de la CNO.

Formulaire de demande de prise en charge.

Art.2. La délivrance, au profit des personnes visées à l'alinéa précédent sous 1), 3), 4), 5), 7), 8) et 9), des produits inscrits à la rubrique Z99A intitulée "Produits d'alimentation médicale - par produit, achetés en pharmacie, se fait d'après les modalités applicables aux médicaments, prévues aux articles [93 à 96](#) et [113](#) des statuts. La prise en charge se fait d'après les taux, conditions et spécifications prévus à la liste ci-après sur base d'un titre de prise en charge délivré par la Caisse nationale de santé après autorisation du Contrôle médical accordée sur présentation d'une ordonnance médicale circonstanciée.

Les produits d'alimentation médicale réservés aux personnes atteintes d'une des pathologies reprises au point 4) de l'article 1er ne sont pris en charge que si la demande renseigne sur le détail des symptômes cliniques, le régime d'exclusion mis en route et les dosages IgE spécifiques ou le résultat des tests cutanés (prick-tests ou patch-tests).

Les produits d'alimentation médicale réservés aux personnes atteintes d'une des pathologies reprises au point 6° de l'article 1er ne sont pris en charge que dans le cas d'une nutrition entérale par sonde, à domicile.

Les produits d'alimentation médicale réservés aux personnes atteintes d'une des pathologies reprises au point 12° de l'article 1er ne sont pris en charge que dans le cas d'une nutrition par voie orale.

Art.3. Les produits d'alimentation médicale inscrits à la rubrique Z99B, Produits d'alimentation médicale - par forfait, prescrits et délivrés aux personnes

- visées à l'article 1er sous 1) a), sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal semestriel de sept cent soixante-huit euros et soixante-quinze cents (768,75 €),
- visées à l'article 1er sous 2), sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal semestriel de deux cent soixante-seize euros et soixante-quinze cents (276,75 €),
- visées à l'article 1er sous 5), sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal semestriel de deux cent soixante-seize euros et soixante-quinze cents (276,75 €),
- visées à l'article 1er sous 6), sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal semestriel de sept cent soixante-huit euros et soixante-quinze cents (768,75 €).
- visées à l'article 1er sous 12), sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal mensuel de deux cent cinquante euros (250,00 €).

(2) La prise en charge se fait sur présentation de factures détaillées et acquittées, à l'exclusion de tickets de caisse. Les factures doivent montrer la nature précise des denrées et leur nom de marque.

(3) Les factures pour les produits délivrés aux personnes visées à l'article 1er sous 1) a) et 6) et 12) doivent être accompagnées des ordonnances médicales afférentes, établies au plus pour une durée de six mois.

(4) La prise en charge est subordonnée à un accord préalable du Contrôle médical obtenu sur base d'un dossier médical mettant en évidence la pathologie dont la personne protégée est atteinte.

(5) Par dérogation au paragraphe précédent, la prise en charge des produits délivrés aux personnes visées à l'article 1er sous 12) est subordonnée à un accord préalable de la Caisse nationale de santé.

.... [suit le fichier B5](#)

Fichier B6: Prestations de transport des malades

.....[suit le fichier B6](#)

Fichier B7

Art. 1er. Les délais de renouvellement inscrits dans la liste s'appliquent au groupe de produits classés sous un même code groupe et non aux produits individuels. Ce délai est calculé à partir de la date à partir de laquelle court le titre de prise en charge établi.

Dans des cas exceptionnels et sur présentation d'un dossier détaillé, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les appareils ne sont pris en charge qu'en un seul exemplaire. Par dérogation à ce qui précède, la prise en charge des respirateurs pour assistance ventilatoire peut être étendue à un second appareil dans les situations exceptionnelles constatées par le Contrôle médical de la sécurité sociale où l'attribution d'un seul respirateur ne parviendrait pas à couvrir les besoins de la personne protégée.

La prise en charge simultanée des appareils suivants n'est pas admise :

- C-PAP, A-PAP et BiPAP

Art. 2. Les conditions, limitations et modalités suivantes sont prévues pour les dispositifs médicaux inscrits dans les groupes suivants :

Code groupe	Désignation	Conditions et modalités
N55CX	Accessoires pour pompe à insuline externe (APCNS)	<p>La prise en charge des accessoires pour pompe à insuline externe est assurée dans les cas suivants :</p> <p>La prescription doit être établie par un médecin spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté en diabétologie.</p> <p>L'ordonnance médicale renseigne le type de pompe et numéro de série de la pompe.</p> <p>Le médecin prescripteur respectivement l'établissement hospitalier, seul habilité à une prescription ou une délivrance à charge de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none">• assure le diagnostic et le traitement ;• assure l'information et la formation de l'assuré• dispense l'appareil, fournitures et autres accessoires nécessaires• veille à la maintenance et au contrôle techniques suivant les exigences d'entretien du constructeur et les exigences du suivi thérapeutique• assure un service de dépannage

<p>N57A1</p>	<p>Diffuseurs parentéraux portables PCA non réutilisables en polymère</p>	<p>Il s'agit d'un dispositif médical externe, non programmable qui permet la diffusion parentérale en ambulatoire à débit continu de produits médicamenteux par un mécanisme utilisant une énergie autre que la gravité et le corps humain. Ces pompes non implantables sont destinées à administrer des médicaments et ne dépendent pas pour leur fonctionnement de l'électricité ou d'autre source d'énergie non mécanique.</p> <p>Les diffuseurs doivent permettre l'administration de bolus.</p> <p>Le diffuseur est composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une coque rigide en polymère transparent (ABS), • à l'intérieure de laquelle est situé un ballonnet gonflable en poly-isoprène (élastomère), • d'une ligne de perfusion munie d'un système Luer-Lock constituée d'une tubulure anti-plicature, • d'un filtre à particules (1,2m), d'un filtre à air (0,02m) et d'un régulateur de débit capillaire, • d'une poche opaque aux rayons UV.
<p>V73A1 et V73A2</p>	<p>Appareils d'assistance respiratoire nocturne (C-PAP, auto-PAP)</p>	<p>La prise en charge des appareils à pression positive continue se limite aux personnes atteintes d'un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil.</p> <p>Dans un premier temps l'appareil est mis à disposition de la personne protégée pour une période d'essai d'au moins un mois. Lorsqu'après cette période, l'observance thérapeutique ou la preuve d'efficacité du traitement n'est pas constatée, le traitement est arrêté et l'appareil repris.</p> <p>L'ordonnance ou la demande est établie par un médecin spécialiste attaché à un établissement hospitalier disposant de son propre service laboratoire du sommeil central qui se situe dans un seul espace défini au site de l'établissement.</p> <p>L'accord doit s'appuyer sur un tracé polysomnographique avec protocole complet dont l'interprétation est transmise au Contrôle médical.</p> <p>Le médecin prescripteur respectivement l'établissement hospitalier, seul habilité à une</p>

		<p>prescription ou une délivrance à charge de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assure le diagnostic et le traitement de l'apnée du sommeil • assure l'information et la formation de l'assuré • dispense l'appareil, fournitures et autres accessoires nécessaires • veille à la maintenance et au contrôle technique suivant les exigences d'entretien du constructeur et les exigences du suivi thérapeutique • assure un service de dépannage <p>La prise en charge peut être renouvelée tous les 5 ans sur base d'une justification médicale certifiant l'observance et l'efficacité clinique du traitement.</p>
<p>V73A3</p>	<p>Appareils d'assistance respiratoire nocturne Bi-Level</p>	<p>La prise en charge des appareils à pression positive bi-Level se limite aux personnes souffrant de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiration de Cheyne Stokes • Apnées centrales • Broncho pneumopathie chronique obstructive définie par GOLD III et IV • Syndrome d'obésité-hypoventilation défini par l'existence d'une hypoventilation alvéolaire chronique ($PaO_2 < 70$ mmHg, $PaCO_2 \geq 45$ mmHg), chez des patients obèses, ayant un index de masse corporelle > 30 kg/m², et ne présentant pas d'affection respiratoire associée susceptible d'expliquer les perturbations gazométriques. • Insuffisance respiratoire restrictive pulmonaire et extra-pulmonaire • Échec confirmé dans le traitement du syndrome d'apnées/hypopnées par C-PAP <p>Dans un premier temps l'appareil est mis à disposition de la personne protégée pour une période d'essai d'au moins un mois. Lorsqu'après cette période, l'observance thérapeutique ou la preuve d'efficacité du traitement n'est pas constatée, le traitement est arrêté et l'appareil repris.</p> <p>L'ordonnance ou la demande est établie par un médecin spécialiste attaché à un établissement hospitalier disposant de son propre service laboratoire du sommeil central qui se situe dans un seul espace défini au site de l'établissement.</p>

		<p>L'accord doit s'appuyer sur un tracé polysomnographique avec protocole complet dont l'interprétation est transmise au Contrôle médical.</p> <p>Le médecin prescripteur respectivement l'établissement hospitalier, seul habilité à une prescription ou une délivrance à charge de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assure le diagnostic et le traitement d'une des pathologies énumérées au premier alinéa • assure l'information et la formation de l'assuré • dispense l'appareil, fournitures et autres accessoires nécessaires • veille à la maintenance et au contrôle technique suivant les exigences d'entretien du constructeur et les exigences du suivi thérapeutique • assure un service de dépannage <p>La prise en charge peut être renouvelée tous les 5 ans sur base d'une justification médicale certifiant l'observance et l'efficacité clinique du traitement.</p>
V73A4	Respirateurs volu- ou barométriques pour assistance ventilatoire au long cours à domicile et accessoires	<p>La prise en charge des respirateurs est soumise à un accord préalable du Contrôle médical de sécurité sociale sur base d'un dossier médical établi par un médecin spécialiste en pneumologie. La demande précise les conditions d'utilisation de l'appareil et certifie le contrôle de l'utilisation.</p> <p>La prise en charge peut être étendue à un appareil de dépannage ou de remplacement lorsque le médecin motive le besoin médical et certifie que le patient nécessite un appareil 24 heures sur 24.</p>
V73A9	Humidificateurs pour appareil d'assistance respiratoire nocturne	<p>L'ordonnance est établie par un médecin spécialiste attaché à un hôpital disposant d'un service laboratoire du sommeil.</p> <p>La prise en charge est conditionnée par celle au préalable de l'appareil d'assistance respiratoire nocturne.</p>
V98J1	Défibrillateur cardiaque externe portable	<p>La prise en charge du défibrillateur cardiaque externe portable est assurée dans les cas suivants:</p> <p>A) Après explantation d'un système de défibrillation implantable pour infection, de la loge ou des électrodes, jusqu'à la réimplantation (guérison de l'infection).</p>

		<p>B) En attente de transplantation cardiaque. L'indication doit être réévaluée tous les 3 mois (évaluation du rapport bénéfices/risques et de l'observance).</p> <p>C) Après revascularisation myocardique si la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) est inférieure à 30 pourcent, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au 3ième mois.</p> <p>D) Au décours d'un infarctus du myocarde aigu si la FEVG est inférieure à 30 pourcent après les 48 premières heures, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du premier mois.</p> <p>Le médecin prescripteur respectivement l'établissement hospitalier, seul habilité à une prescription ou une délivrance à charge de l'assurance maladie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assure le diagnostic et le traitement d'une des pathologies énumérées au premier alinéa • assure l'information et la formation de l'assuré • dispense l'appareil, fournitures et autres accessoires nécessaires • veille à la maintenance et au contrôle techniques suivant les exigences d'entretien du constructeur et les exigences du suivi thérapeutique • assure un service de dépannage
<p>W90A1</p>	<p>Stimulateur neuromusculaire pour pied tombant</p>	<p>La prise en charge d'un stimulateur neuromusculaire pour pied tombant est assurée dans le traitement du pied tombant conséquent à une atteinte neurocentrale.</p> <p>L'ordonnance ou la demande est établie par un médecin attaché à un établissement hospitalier disposant d'un service de rééducation fonctionnelle.</p> <p>Le médecin prescripteur respectivement l'établissement hospitalier, seul habilité à une prescription ou une délivrance à charge de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assure le diagnostic et le traitement ; - assure l'information et la formation du patient ; - dispense l'appareil, fournitures et autres accessoires nécessaires ;

		- veille à la maintenance et au contrôle technique suivant les exigences d'entretien du constructeur et les exigences du suivi thérapeutique ; - assure un service de dépannage.
--	--	---

.....suit le fichier B7

Annexe B

Liste des délais de renouvellement des fournitures, prévue à l'article 91quinquies des statuts

Concerne les chapitres 3, 5 et 6 de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Chapitre 3 - Orthèses

Section 1 - Neuanfertigung von Beinorthesen

3.01.01 Schienen

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P3010164	Appareil de décharge pour ostéochondrite avec articulation de genou et jambe en abduction	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3010165	Appareil de décharge pour ostéochondrite avec jambe en abduction et adjonction d'une ceinture pelvienne	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3010185	Attelle d'abduction pour hanches, coque moulée sur plâtre	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

3.01.02 Schellenapparate

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
-------	---------	-------------------------	---

P3030208	Corset orthopédique de traitement anticyphose simple	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030210	Corset orthopédique de traitement anticyphose réglable	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030214	Corset orthopédique de traitement de Lyon (Stagnara)	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030215	Corset orthopédique de traitement de Milwaukee	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030216	Corset orthopédique de traitement de Münster (Cheneau)	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030217	Corset orthopédique de traitement de Boston	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030218	Corset orthopédique de traitement tridimensionnel pour scoliose	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030220	Supplément pour attelle jambière de redressement	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030221	Corset siège avec plastron antérieur	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030222	Supplément pour socle avec sangle d'attache	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030223	Supplément pour double socle articulé avec sangle d'attache	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030224	Supplément pour têtière réglable en hauteur	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030225	Supplément pour repose pied, la paire	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030226	Supplément pour tablette escamotable	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P3030250	Coquille garnie, moulée directement sur le patient	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

Sous-section 3.01.03 Hülsenapparate

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P3030311	Minerve avec appui mentonnier et occipital, en	1 an	OUI

	matière plastique, sur moulage		
P3030312	Minerve thoraco-brachiale réglable, sur moulage	1 an	OUI

Chapitre 5 - Moyens accessoires orthopédiques

Section 1 - Membre inférieur

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5010100	Talonnette en liège et cuir, sur mesure, la pièce, (G)	1 an	NON
P5010101	Talonnette en silicone, la pièce, (G)	1 an	NON
P5010102	Talonnette en silicone pour éperon calcanéen, la pièce, (G)	1 an	NON
P5010103	Attelle d'orthoplastie, (G)	2 ans	NON
P5010104	Releveur de pied en matière plastique	1 an	NON
P5010105	Releveur de pied en ortholène, sur mesure	2 ans	NON
P5010106	Releveur de pied à ressort antérieur, latéral ou postérieur	2 ans	NON
P5010110	Attelle de nuit pour pied valgus ou adductus, jusqu'au genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010111	Attelle de nuit pour pied valgus ou adductus, au-dessus du genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010112	Attelle de nuit pour pied équin, jusqu'au genou, sur mesure	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010113	Attelle de nuit réglable pour pied bot, jusqu'au genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010114	Attelle de nuit réglable pour pied bot, au-dessus du genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010115	Attelle de nuit articulée dynamique pour pied bot, au-dessus du genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

P5010120	Orthèse de cheville, en post-opératoire immédiat ou en cas d'instabilité chronique de la cheville sur lésion ligamentaire non opérable	1 an	OUI
P5010121	Orthèse de cheville sur mesure, en post-opératoire immédiat ou en cas d'instabilité chronique de la cheville sur lésion ligamentaire non opérable	5 ans	OUI
P5010125	Genouillère compressive, en cas de pathologie chronique	1 an	NON
P5010126	Attelle de genou articulée, réglable; en postopératoire immédiat après chirurgie ligamentaire ou en cas d'instabilité chronique majeure sur lésion ligamentaire non opérable	5 ans	OUI
P5010127	Genouillère compressive, en cas de pathologie chronique, sur mesure	1 an	OUI
P5010130	Bas de contention à tricotage circulaire jusqu'au genou, confectionnés individuellement sur mesure, la paire (suivant fiche de mesure), (F), (M)	2 paires/12mois	OUI
P5010131	Bas de contention à tricotage circulaire, cuisses incluses, confectionnés individuellement sur mesure, la paire (suivant fiche de mesure), (F), (M)	2 paires/12mois	OUI
P5010132	Collant de contention à tricotage circulaire, confectionné individuellement sur mesure, (suivant fiche de mesure), (F), (M)	2 paires/12mois	OUI
P5010133	Bas de contention à tricotage circulaire, mesures standards, la paire (suivant fiche de mesure), (F), (M)	2 paires/12mois	OUI
P5010134	Bas de contention à tricotage rectiligne jusqu'au genou, confectionnés	4 paires/12mois	OUI

	individuellement sur mesure, la paire (suivant fiche de mesure), (F), (M) sur devis		
P5010135	Bas de contention à tricotage rectiligne, cuisses incluses, confectionnés individuellement sur mesure, la paire (suivant fiche de mesure), (F), (M) sur devis	4 paires/12mois	OUI
P5010136	Collant de contention à tricotage rectiligne, confectionné individuellement sur mesure, (suivant fiche de mesure), (F), (M) sur devis	4 paires/12mois	OUI
P5010137	Pièces cuisses de contention à tricotage rectiligne, confectionnés individuellement sur mesure (suivant fiche de mesure), (F), (M) sur devis	4 paires/12mois	OUI
P5010140	Attelle rigide pour genou valgum ou varum	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010141	Supplément pour attelle bivalve avec sangles de fermeture pour la position P5010140	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010142	Attelle réglable pour genou valgum ou varum	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010143	Supplément pour attelle bivalve avec sangles de fermeture pour la position P5010142	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010144	Attelle de contre-rotation des genoux chez l'enfant	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010145	Attelle de nuit suro-pédieuse	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010146	Supplément pour attelle bivalve avec sangles de fermeture pour la position P5010145	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010147	Attelle de nuit cruro-pédieuse	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010148	Supplément pour attelle bivalve avec sangles de	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

	fermeture pour la position P5010147		
P5010155	Attelle de détorsion tibiale par câble	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010156	Attelle de détorsion tibiale réglable	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010160	Appareil de décharge du membre inférieur (Allgoewer ou Sarmiento)	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010161	Appareil de décharge jambe-cuisse (Thomassplint)	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010162	Appareil de décharge jambe-cuisse avec articulation et blocage du genou	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010163	Appareil de décharge pour ostéochondrite avec jambe en abduction	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010166	Adjonction de ferrures permettant l'extension ou la flexion progressive d'une articulation, par articulation	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010167	Supplément pour coquille pelvienne	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010170	Supplément pour compensation d'inégalité des membres inférieurs, sur appareil, jusqu'à 3 cm	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010171	Supplément pour chaque cm supplémentaire	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010180	Culotte d'abduction type Becker	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010181	Coussin d'abduction souple	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010182	Coussin d'abduction actif type Mittelmeier	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010183	Harnais de Pavlik	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010184	Attelle d'abduction pour hanches, réglable (type Hoffmann-Daimler; Scott)	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010186	Anneau de protection antivarus/ antivalgus	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

P5010187	Coque d'abduction des jambes, moulée directement sur le patient	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010188	Coque de la cuisse au pied, moulée directement sur le patient	2 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5010190	Orthèse d'un membre inférieur confectionnée en polyuréthane (type NEOFRAKT ou analogue) - sur devis	1 an par pathologie	OUI
P5010200	Autre orthèse préfabriquée ou semi-fabriquée du membre inférieur, avec APCM sur devis préalable	5 ans	OUI

Section 2 - Membre supérieur

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5020100	Doigtier sur mesure	2 ans	NON
P5020101	Attelle doigtère rigide en plastique	2 ans	NON
P5020102	Attelle doigtère rigide en plastique ou métal, sur mesure	2 ans	NON
P5020103	Attelle doigtère active	2 ans	NON
P5020110	Attelle thermoformable pour pouce et métacarpe	2 ans par pathologie	OUI
P5020111	Attelle pour pouce et métacarpe, sur mesure	2 ans par pathologie	OUI
P5020120	Manche élastique de compression sur mesure, en cas de lymphodème - sur devis	selon besoin	OUI
P5020121	Supplément pour mitaine, pour la position P5020120 - sur devis.	selon besoin	OUI
P5020122	Coussin d'abduction d'épaule, après opération de la coiffe des abducteurs	prestation unique par pathologie	
P5020130	Orthèse d'un membre supérieur confectionnée en polyuréthane (type NEOFRAKT ou analogue) - sur devis	1 an par pathologie	OUI

P5020200	Autre orthèse préfabriquée ou semi-fabriquée du membre supérieur, avec APCM sur devis préalable	5 ans	OUI
-----------------	---	-------	-----

Section 3 - Rachis, bassin, cage thoracique

Sous-section 1 - Lombostats

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5030100	Lombostat manufacturé sur mesure, hauteur minimale 25 cm	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI
P5030101	Lombostat manufacturé sur mesure, hauteur minimale 30 cm	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI
P5030102	Lombostat manufacturé sur mesure, hauteur minimale 40 cm	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI
P5030103	Lombostat manufacturé sur mesure, dorso-lombaire avec épaulières	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI
P5030104	Supplément pour plaque dorsale	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI
P5030105	Supplément pour patte hypogastrique	1 an jusqu'à l'âge de 18 ans 3 ans pour adulte	OUI

Sous-section 2 - Corsets orthopédiques

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5030201	Corset orthopédique de maintien en coutil baleiné ou en matière plastique avec bande métallique et pelotes de contention	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030202	Corset orthopédique de maintien en coutil avec armature métallique ou en matière plastique, pour scoliose légère	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

P5030203	Corset orthopédique de maintien en coutil avec armature métallique ou en matière plastique, pour scoliose évoluée	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030204	Corset orthopédique de maintien en coutil avec baleines renforcées dorsales et latérales ou en matière plastique, pour scoliose légère	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030205	Corset orthopédique de maintien en coutil avec baleines renforcées dorsales et latérales ou en matière plastique pour scoliose évoluée	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030206	Corset orthopédique de maintien en coutil avec bande métallique pelvienne et sangles de réclination ou en matière plastique , pour cyphose	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030207	Corset élastique de traitement de St. Etienne, pour scoliose lombaire,	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5034211	Corset orthopédique de traitement avec cadre métallique	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030212	Supplément pour pelote, la pièce; pour la position P5034211	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030213	Supplément pour levier avec pelote; pour la position P5034211	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030240	Corset orthopédique type Trois points (sternum-symphyse-rachis lombaire), simple	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030241	Corset orthopédiques type Trois points, avec cage thoracique	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI

Sous-section 3 - Rachis cervical

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas
--------------	----------------	--------------------------------	----------------------------------

			de renouvellement
P5030305	Collier cervical en matière plastique avec appui mentonnier, réglable	1 an	OUI
P5030310	Minerve avec appui mentonnier et occipital, en matière plastique	1 an	OUI

Sous-section 4 - Divers

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5030401	Redresse-dos avec sangle abdominale	3 ans sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5030402	Redresse-dos actif avec plaque dorsale	1 an	OUI

Section 4 - Bandages et ceintures

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P5040101	Bandage herniaire ombilical, pour adulte	1 an	NON
P5040102	Bandage herniaire inguinal unilatéral, pour adulte	1 an	NON
P5040103	Bandage herniaire inguinal bilatéral, pour adulte	1 an	NON
P5040104	Bandage herniaire scrotal, inguino-scrotal ou crural unilatéral, pour adulte	1 an	NON
P5040105	Bandage herniaire scrotal, inguino-scrotal ou crural bilatéral, pour adulte	1 an	NON
P5040106	Bandage herniaire avec suspensoir compressif pour hernie scrotale, sur mesure, pour adulte	1 an	NON
P5040120	Supplément pour poche démontable	1 an	NON

P5040121	Supplément pour sous-cuisse	1 an	NON
P5040122	Bandage pour colostomie	1 an	NON
P5040130	Ceinture abdominale sur mesure manufacturée, en cas d'éventration inopérable	1 an	NON
P5040131	Supplément pour pelote en cas de ptôse gastrique, pour la position P5040130	1 an	NON
P5040132	Supplément pour sangle de renfort interne ou externe, pour la position P5040130	1 an	NON
P5040133	Supplément pour hauteur supérieure à 31 cm, de 5 en 5 cm, pour la position P5040130	1 an	NON
P5040140	Ceinture après disjonction symphysaire, sur mesure	1 an	OUI
P5040150	Ceinture thoracique compressive avec pelotes, pour thorax en carène ou en bréchet	1 an sauf enfant en dessous de 18 ans	OUI
P5040160	Ceinture claviculaire en huit	1 an	OUI

Chapitre 6 - Chaussures et semelles orthopédiques

Section 4 - Therapieschuhe

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P6041061	Verbandsschuh	6 mois	OUI
P6041062	Vorfußentlastungsschuh	6 mois	OUI
P6041063	Rückfußentlastungsschuh	6 mois	OUI

Section 7 - Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom

Sous-section 1 - Diabetiker Schuhe

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P6070110	Hausschuhe für Diabetiker (1 Paar)	4 ans	OUI

P6070140	Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker (1 Paar)	4 ans	OUI
P6070141	Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker-Nachlieferung (1 Paar)	4 ans	OUI

Sous-section 2 - Diabetiker Einlagen

Tarif	Libellé	Délai de renouvellement	Ordonnance requise en cas de renouvellement
P6070210	Weichpolstereinlagen (1 Paar) (G)	1 an	OUI
P6070220	Diabetes adaptierte Fußbettungseinlagen (1 Paar)	1 an	OUI

Annexe C

Liste limitative des affections , des traitements et des moyens de diagnostic pris en charge sous conditions, prévue à l'article 12 des statuts

1) L'assurance maladie prend en charge les frais pour le traitement chirurgical du lipoedème inscrit dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CRA16 et CRA17 à partir d'un lipoedème au stade 3. Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort de la demande que le stade du lipoedème est inférieur à un stade 3.

2) Les analyses permettant la détection prénatale de la trisomie 21 ne sont prises en charge que dans le cadre du programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales.

3) abrogé

4) L'assurance maladie ne prend en charge la mesure de la densité osseuse effectuée selon le procédé DXA que dans les indications suivantes:

1) Tassement vertébral ou suspicion de tassement vertébral après un traumatisme modéré ou sans cause apparente, ostéopénie radiologique sur présentation des clichés (code DXA 1)

2) Ménopause non substituée précoce (avant l'âge de 45 ans) (code DXA 2)

3) Hypercorticisme (code DXA 3)

4) Hyperparathyroïdie (code DXA 4)

5) Etat d'hypogonadisme autre que la ménopause (code DXA 5)

6) Ostéomalacie (code DXA 6)

7) Ostéopathie génotypique raréfiante (code DXA 7)

8) Myélome multiple (code DXA 8)

9) Hémochromatose (code DXA 9)

10) Mastocytose systémique (code DXA 10)

11) Amyloïdose (code DXA 11)

12) Sarcoïdose (code DXA 12)

13) Syndrome de Gaucher (code DXA 13)

14) Syndrome d'Ehlers-Danlos (code DXA 14)

15) Syndrome de Marfan (code DXA 15)

16) Myélomatose (code DXA 16)

- 17) Hémophilie (code DXA 17)
 - 18) Porphyrurie érythrocytaire congénitale (code DXA 18)
 - 19) Lymphomes et leucémies chroniques (code DXA 19)
 - 20) Hyperthyroïdie de longue date (code DXA 20)
 - 21) Hypophosphatémie (code DXA 21)
 - 22) Hypophosphatasémie (code DXA 22)
 - 23) Syndrome d'Addison et atrophie surrénalienne (code DXA 23)
 - 24) Désordres gastro-intestinaux et biliaires ayant entraîné une malabsorption chronique clinique (code DXA 24)
 - 25) Evaluation de l'état osseux de sujets en insuffisance rénale chronique, hémodialysés ou transplantés (code DXA 25)
 - 26) Ostéodystrophie induite par un traitement antiépileptique au long cours (code DXA 26)
- 5) L'assurance maladie ne prend en charge l'acte 7A44 de la nomenclature des actes et services des médecins que dans les indications limitativement prévues dans la liste ci-après:
1. Intoxication au Monoxyde de Carbone (CO)
 2. Accident de décompression
 3. Embolie gazeuse
 4. Gangrène gazeuse
 5. Syndrome d'écrasement, syndrome des loges et ischémies aiguës
 6. Abscès intracrânien
 7. Ostéomyélite réfractaire au traitement
 8. Lésions radio-induites
 9. Retard à la cicatrisation (réservé aux ulcères ou gangrènes ischémiques sans possibilité de revascularisation ou aux lésions persistantes après revascularisation optimale; au pied diabétique; aux ulcères veineux; aux plaies ne cicatrisant pas et qui sont secondaires à une infection)
 10. Encéphalopathie postanoxique
 11. Maladie générale du grand brûlé
 12. Surdité brusque
 13. Pathologies ophtalmologiques
 14. Neuroblastome de stade IV
 15. Pneumatose kystique de l'intestin
 16. Infections nécrosantes des tissus mous
 17. Radionécrose des tissus osseux et mous
 18. Greffes et lambeaux à vascularisation compromise

La prise en charge par l'assurance maladie de l'acte 7A44 et des frais hospitaliers correspondants dans une indication non reprise à la liste ci-dessus est subordonnée à la transmission avant le début du traitement au Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport médical circonstancié du médecin traitant.

6) abrogé

7) abrogé

8) Le traitement par autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, d'origine autre que traumatique, n'est pris en charge que pour autant que la personne protégée est âgée de moins de 18 ans accomplis.

9) abrogé

10) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement de l'obésité par mise en place d'un ballon intragastrique ou par anneau gastrique.

11) L'assurance maladie ne prend en charge les interventions inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes repris ci-après qu'en cas d'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions suivantes:

1. Pour la prise en charge des interventions inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CRA11, CRA12 et CRA13, les critères suivants doivent être cumulativement remplis :
 - la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention ;
 - la personne protégée présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) strictement inférieur à 30, stable depuis au moins 6 mois ;
 - la personne protégée n'a subi aucune intervention de ce type pour la même région du corps prise en charge par l'assurance maladie ;
 - la personne protégée doit présenter des dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant le pubis.
2. Pour la prise en charge des interventions inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CRA14 et CRA15, les critères suivants doivent être cumulativement remplis :
 - la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention ;
 - la personne protégée présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) strictement inférieur à 30, stable depuis au moins 6 mois ;
 - la personne protégée n'a subi aucune intervention de ce type pour la même région du corps, prise en charge par l'assurance maladie.
3. Pour la prise en charge de l'intervention inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous le code CQA21, la personne protégée doit présenter une lipodystrophie iatrogène du visage secondaire à la bithérapie ou trithérapie antirétrovirale ou présenter des cicatrices traumatiques et chirurgicales déprimées du visage (plus de 2 mm). L'intervention inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous le code CQA21 est prise en charge par l'assurance maladie au maximum deux fois sur une période de 5 ans, avec un intervalle d'au moins trois mois entre chaque séance.
4. Les interventions inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CQA22, CQA23 et CQA24 sont prises en charge uniquement dans le cadre :
 - d'une reconstruction mammaire après une mastectomie partielle ou totale ou

- d'une asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge pour un syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) ou
- d'une symétrisation du sein controlatéral au décours d'une chirurgie carcinologique.

Les interventions inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CQA22, CQA23 et CQA24 sont prises en charge au maximum six fois par sein, avec un intervalle d'au moins deux mois entre chaque séance.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus n'est pas remplie.

12) L'assurance maladie ne prend en charge la chirurgie bariatrique qu'après autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions suivantes :

1. la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention
2. Le jour de l'examen auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale la personne protégée présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) soit supérieur ou égal à 40, soit supérieur ou égal à 35 en combinaison avec au moins une des comorbidités suivantes susceptibles d'être améliorées après la chirurgie bariatrique:
 - o désordres métaboliques sévères;
 - o hypertension artérielle résistant au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90mmHg;
 - o syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil objectivé via un examen polysomno- graphique;
 - o maladies ostéo-articulaires invalidantes;
 - o stéato-hépatite non alcoolique.
3. La personne protégée doit avoir subi un échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit d'au moins 6 mois avec absence de perte de poids suffisante ou absence de maintien de la perte de poids. Le suivi de ce traitement doit avoir eu lieu dans un hôpital disposant d'un service pratiquant la chirurgie bariatrique.
4. la chirurgie a été décidée après une concertation bariatrique multidisciplinaire, à laquelle participent conjointement et au moins, outre le médecin spécialiste en chirurgie, un médecin spécialiste en médecine interne, un médecin spécialiste en psychiatrie et un(e) diététicien(e); le rapport de cette concertation explicitant l'indication opératoire doit être signé par les quatre participants des disciplines précitées; le rapport de la concertation ainsi que les données relatives au traitement par régime doivent être transmis au Contrôle médical de la sécurité sociale
5. la personne protégée n'a pas bénéficié au préalable de la prise en charge par l'assurance maladie d'une chirurgie bariatrique, à moins qu'il ne s'agisse d'une réintervention chirurgicale après une complication d'une intervention bariatrique précédente.

Par complication d'une intervention bariatrique il y a lieu d'entendre exclusivement:

- 1) les complications mécaniques liées au geste chirurgical: érosion ou glissement d'un anneau gastrique; dilatation du réservoir ou de l'œsophage; sténose anastomotique ou du réservoir; ulcère marginal; hémorragies; lâchage de la ligne d'agrafe ou de sutures; fistules; occlusions et hernies internes, et
- 2) les troubles fonctionnels digestifs liés à une modification du tractus digestif et de sa physiologie: reflux gastro-oesophagien; nausées et vomissements; dysphagie; dumping

syndrome; diarrhée et constipation.

N'est pas considérée comme complication au sens du présent point un échec de la chirurgie bariatrique suite à une déviance des règles diététiques. Toute demande pour la prise en charge d'une réintervention chirurgicale pour complication doit être accompagnée des résultats d'examen complémentaires objectivant la complication à suffisance.

6. La personne protégée doit avoir donné son consentement éclairé, y compris l'attestation de la compréhension et de l'acceptation d'un suivi médical et chirurgical à vie.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus n'est pas remplie.

13) (1) L'assurance maladie prend en charge la reconstruction mammaire immédiate par mise en place de prothèses définitives bilatérales inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous le code SSA16 dans le cadre :

- des suites d'une mastectomie bilatérale pour cancer, ou de séquelles radicales ou de brûlures au niveau des deux seins ;
- de seins tubéreux bilatéraux, ou de syndrome de Poland bilatéral ou d'agénésie mammaire bilatérale.

(2) L'assurance maladie prend en charge les reconstructions mammaires unilatérales, avec ou sans pose de prothèse, inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes SSA11, SSA13, SSA15, SSA17, SSA19, SSA22, SSA24 et SSA26 dans le cadre :

- des suites d'une mastectomie unilatérale pour cancer, ou de séquelles radicales ou de brûlures au niveau d'un sein ;
- d'une asymétrie importante entre les deux seins (minimum 3 cm de différence dans le segment III) en cas :

1. d'un sein tubéreux de grade 2 ou 3 (l'absence de développement mammaire touche au moins 2 des 4 quadrants) ou
2. d'un syndrome de Poland ou
3. d'une hypoplasie congénitale majeure unilatérale.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge l'ablation de prothèse(s) mammaire(s) inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes STA11, STA12, STA13 et STA14 que si la personne protégée a bénéficié au préalable de la prise en charge par l'assurance maladie des frais d'implantation de(s) prothèse(s) mammaire(s).

(4) L'assurance maladie ne prend en charge le changement de prothèse(s) mammaire(s) inscrit dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes STA15, STA16, STA17 et STA18 que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions cumulatives suivantes :

1. la personne protégée doit avoir bénéficié au préalable de la prise en charge par l'assurance maladie des frais de l'implantation de la (des) prothèse(s) mammaire(s) ;
2. la personne protégée présente une des indications suivantes :
 - une rupture de prothèse(s) documentée par échographie ou IRM ;

- une ou deux prothèse(s) mammaire(s) en place depuis plus de 10 ans (risque de rupture majoré).

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

14) L'assurance maladie ne prend en charge la chirurgie de rhinoplastie inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous le code CTA13 que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions cumulatives suivantes :

1. la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention ;
2. la demande d'autorisation est accompagnée d'un dossier circonstancié émanant d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie ou d'un médecin spécialiste en chirurgie maxillo-faciale ;
3. la personne protégée présente une dysfonction respiratoire qui est le résultat d'une déviation importante de la cloison nasale en rapport avec une hypertrophie importante des cornets ;
4. la demande d'autorisation est accompagnée obligatoirement de la documentation de la dysfonction respiratoire par une rhinoscopie antérieure par optique avec exploration complète des fosses nasales et des méats et par une rhinomanométrie avec mesure des débits et des pressions, ainsi que la documentation de la déviation importante de la cloison nasale en rapport avec une hypertrophie importante des cornets.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus n'est pas remplie.

15) (1) La prise en charge des soins liés à la dysphorie de genre est limitée aux actes et services liés à l'accompagnement psychiatrique, aux médicaments prescrits et délivrés dans le cadre de l'hormonosubstitution et à la chirurgie de réassignation sexuelle (exclusivement pelvienne et mammaire) et se fait aux conditions et selon les modalités prévues ci-après.

Sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie les soins à visée esthétique (épilation, chirurgie de féminisation ou de masculinisation du visage et du cou, sculpture du tronc et des membres).

(2) La prise en charge des soins liés à la dysphorie de genre se fait sous la surveillance du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette surveillance fonde sur un rapport médical initial détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie confirmant la réalité de la dysphorie de genre et excluant toute autre pathologie psychiatrique contre- indiquant le changement de genre. La surveillance par le Contrôle médical de la sécurité sociale se fait tout au long de la délivrance des soins sur base des rapports médicaux et conditionne, le cas échéant, la prise en charge des étapes ultérieures du traitement.

(3) Par dérogation à l'article 105 des statuts de la Caisse nationale de santé, la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale prend en charge les médicaments prescrits et délivrés en vue de l'hormonosubstitution dans le cadre d'un traitement de la dysphorie de genre en dehors du cadre couvert par l'autorisation de mise sur

le marché. L'avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de l'initialisation de l'hormonosubstitution fonde sur:

1. le rapport médical détaillé établi par un médecin spécialiste en psychiatrie documentant le suivi de la personne protégée et permettant au Contrôle médical de la sécurité sociale de conclure au caractère indispensable du traitement médicamenteux envisagé;
2. une prescription et un rapport endocrinien établis par un médecin spécialiste en endocrinologie. Le rapport doit comporter le plan de traitement pour une période initiale de 12 mois.

Sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale, toute demande d'autorisation de prolongation de prise en charge de l'hormonosubstitution dans le cadre d'un traitement de la dysphorie de genre doit être accompagnée des rapports susmentionnés actualisés.

(4) La prise en charge par l'assurance maladie de la chirurgie de réassignation sexuelle est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Caisse nationale de santé fonde sa décision sur la transmission préalablement au commencement du traitement chirurgical d'une demande d'autorisation de traitement à l'étranger appuyée à l'adresse du Contrôle médical de la sécurité sociale, d'un rapport du médecin spécialiste en psychiatrie documentant le suivi de la personne protégée au cours de son expérience en vie réelle pendant la durée d'au moins douze mois et d'un rapport détaillé et documenté établi par un médecin spécialiste en chirurgie plastique exerçant dans un centre spécialisé en chirurgie de réassignation sexuelle, spécifiant les étapes du traitement subies et à subir par la personne protégée et les coûts du traitement chirurgical envisagé.

16) (1) L'assurance maladie ne prend en charge la chirurgie de réduction mammaire unilatérale inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes SQA11, SQA13 et SQA15 qu'après autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions cumulatives suivantes :

1. la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention ;
2. la personne protégée présente une des indications suivantes :
 - une différence d'au moins 3 cm dans le segment III (distance mamelon-pli du sein) ;
 - un sein tubéreux de grade 2 ou 3 (l'absence de développement mammaire touche au moins 2 quadrants) ou un syndrome de Poland ;
 - une mastectomie partielle ou totale du sein controlatéral pour cancer, ou des séquelles radiques ou des brûlures unilatérales au niveau du sein nécessitant une symétrisation mammaire ;
 - une hypoplasie hétérolatérale congénitale majeure.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

(2) L'assurance maladie ne prend en charge la chirurgie de réduction mammaire bilatérale inscrite dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes SQA12, SQA14, et SQA16 qu'après autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions cumulatives suivantes :

1. la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention ;
2. la personne protégée présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) strictement inférieur à 30 kg/m², stable depuis au moins 6 mois ;
3. la personne protégée n'a subi aucune intervention de réduction ou d'augmentation du volume du même sein, prise en charge par l'assurance maladie ;
4. la personne protégée présente une distance entre le mamelon et le pli infra-mammaire de plus de 12 cm ;
5. la personne protégée a une résection prévue en préopératoire d'au moins 300 g par sein opéré.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

17) (1) L'assurance maladie ne prend en charge l'acte 4A17 de la nomenclature des actes et services des médecins que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions suivantes:

- a) la personne protégée présente un ptosis vrai de la paupière supérieure ayant pour conséquence un recouvrement de la pupille par le bord inférieur de la paupière supérieure générant une amputation du champ visuel supérieur d'au moins 30%. L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale vaut pour les deux yeux, même si la condition prévue au présent alinéa n'est remplie que d'un seul côté;
- b) la demande d'autorisation doit émaner d'un médecin spécialiste en chirurgie plastique ou d'un médecin spécialiste en ophtalmologie et doit être accompagnée d'un dossier médical comportant obligatoirement un rapport ophtalmologique d'un médecin spécialiste en ophtalmologie, une documentation photographique en couleur de bonne qualité montrant le visage de face les yeux ouverts et fermés ainsi qu'une détermination du champ visuel via périmétrie.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

(2) L'assurance maladie ne prend en charge les actes inscrits dans la nomenclature des actes et services des médecins sous les codes CSA14, CSA15, CSA16 et CSA17 qu'après autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions cumulatives suivantes :

1. la personne protégée présente un ptosis vrai de la paupière supérieure ayant pour conséquence un recouvrement de la pupille par le bord inférieur de la paupière supérieure générant une amputation du champ visuel supérieur d'au moins 30 % ;
2. la demande d'autorisation doit être accompagnée d'un dossier médical comportant obligatoirement un rapport ophtalmologique d'un médecin spécialiste en ophtalmologie, une documentation photographique en couleur de bonne qualité montrant le visage de face les yeux ouverts et fermés ainsi qu'une détermination du champ visuel via une périmétrie.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la

demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

18) La chirurgie de la dysfonction érectile avec prothèse (codes MSQ16, MSQ17 et MSQ18) est indiquée en troisième ligne thérapeutique et prise en charge par l'assurance maladie-maternité en cas de dysfonction érectile, à condition que le médecin prescripteur atteste que les traitements suivants de première et seconde ligne ont échoué ou n'ont pas été tolérés par la personne protégée :

- les médicaments oraux prescrits pour traiter la dysfonction érectile ;
- les injections intra-caverneuses de prostaglandines ;
- la prostaglandine intra-urétrale ;
- le système de pompe à vide.

Le recours à la chirurgie de la dysfonction érectile avec prothèse (codes MSQ16, MSQ17 et MSQ18) nécessite un délai de réflexion préalable d'un mois après la première consultation avec le médecin spécialiste en urologie.

La chirurgie de la dysfonction érectile sans prothèse (codes MSA14, MSA15, MSB13, MSQ13) est indiquée et prise en charge par l'assurance maladie-maternité en cas de dysfonction érectile, à condition que le médecin prescripteur atteste que la dysfonction érectile soit la conséquence d'au moins l'une des pathologies suivantes :

- la maladie de La Peyronie ;
- les épi et hypo - spadias congénitaux ;
- le priapisme (haut et bas débit).

Annexe D

Listes prévues au chapitre 8

LISTE N°1 prévue à l'article 98

1.	Exclusion de groupes pharmaco-thérapeutiques de médicaments allopathiques
A.	Médicaments agissant au niveau du système gastro-intestinal et du métabolisme
A.01.	Médicaments des affections stomatologiques
A.01.01.	Les médicaments stomatologiques topiques utilisés en prophylaxie contre la carie dentaire inclus dans le code ATC A01AA*, à l'exception des médicaments indiquées dans le cadre des radiothérapies.
A.01.02.	Les médicaments stomatologiques topiques à visées anti-infectieuse ou analgésique, à l'exclusion des bains de bouche à principe actif unique, inclus dans les codes ATC A01AB* et A01AD*
A.02.	Médicaments de la pathologie gastrique et duodénale
A.02.01.	Les médicaments à base de sels de bismuth inclus dans les codes ATC A02* et A07*
A.03.	Médicaments anti-obésité
A.03.01.	Les médicaments anti-obésité à action centrale inclus dans le code ATC A08AA*
A.03.02.	Les médicaments anti-obésité à action périphérique inclus dans le code ATC A08AB*
A.03.03.	Les antagonistes sélectifs du récepteur cannabinoïde de type 1 utilisés dans le traitement de l'obésité inclus dans le code ATC A08AX*
A.04.	Minéraux, vitamines et toniques
A.04.01.	Les reconstituants, fortifiants et toniques, y compris les médicaments à base de vitamines et les oligo-éléments inclus dans les codes ATC A11*, A12* et A13*. Ne sont pas considérés comme reconstituants la vitamine A, la vitamine D, la vitamine K, les vitamines du complexe B, le calcium, le magnésium et le fer en tant que monosubstances, ainsi que leurs associations fixes à dosages thérapeutiques.
C.	Médicaments du système cardio-vasculaire
C.01.	Médicaments vasodilatateurs périphériques et vasoprotecteurs
C.01.01.	Les vasodilatateurs et anti-ischémiques inclus dans le code ATC C04A*
C.01.02.	Les veinotoniques, les vasculoprotecteurs et les sclérosants inclus dans les codes ATC C05B* et C05C*
C.02.01.	Les médicaments à base d'acides gras polyinsaturés oméga-3 inclus dans le code ATC C10AX06
D.	Médicaments dermatologiques
D.01.	Médicaments émollients, protecteurs cutanés et autres
D.01.01.	Les émollients cutanés à l'exception des médicaments indiquées dans le cadre des radiothérapies, les agents de dépigmentation cutanés, les antihydrotiques et les médicaments à base de collagène inclus dans le code ATC D11*.

D.01.02.	Les médicaments utilisés dans le traitement de l'alopecie androgenique inclus dans le code ATC D11*
D.01.03.	Les médicaments cicatrisants inclus dans le code ATC D03AX*
D.02.	Médicaments antiseptiques et désinfectants
D.02.01.	Les médicaments antiseptiques et désinfectants à usage topique sans activités bactéricide ni fongicide
D.03.	Antiviraux à usage topique
D.03.01.	Les médicaments antiviraux à usage topique inclus dans le code ATC D06BB* utilisés dans le traitement de l'herpès labial
G.	Médicaments du système génito-urinaire et hormones sexuelles
G.01.	Hormones sexuelles
G.01.01.	Les médicaments contraceptifs inclus dans le code ATC G02B* et G03A* sauf G02BA03
G.02.	Autres médicaments
G.02.01.	Les médicaments utilisés dans le traitement des troubles de l'érection
J.	Médicaments antiinfectieux
J.01.	Médicaments anti-viraux
J.01.01.	Les antiviraux utilisés dans le traitement de l'influenza type A et B inclus dans le code ATC J05AH*
J.02.	Médicaments agissant sur l'immunité
J.02.01.	Les immunostimulants non spécifiques à base de fractions bactériennes inclus dans le code ATC J07X*
M.	Médicaments de l'appareil locomoteur
M.01.	Médicaments anti-inflammatoires et antirhumatismaux
M.01.01.	Les antiarthrosiques symptomatiques d'action lente inclus dans les codes ATC M01AX05 et M01AX25
M.02.	Autres médicaments utilisés dans le traitement des troubles de l'appareil locomoteur
M.02.01.	Les médicaments à base de quinine ou de ses dérivés, seuls ou en association, inclus dans le code ATC M09AA*
M.02.02.	Les médicaments topiques à base de rubéfiants naturels ou synthétiques, inclus dans les codes ATC M02AB*, M02AC* et M02AX*, utilisés dans le traitement symptomatique des douleurs de l'appareil locomoteur.
N.	Médicaments du système nerveux
N.01.	Médicaments psychoanaleptiques et autres
N.01.01.	Les psychostimulants et nootropes inclus dans les codes ATC N06BX*, N06DX02 et N06BC01
N.01.02.	Les anti-ischémiques et antivertigineux inclus dans le code ATC N07CA02

N.02.	Médicaments utilisés dans le sevrage
N.02.01.	Les médicaments utilisés dans le cadre de la désintoxication tabagique
R.	Médicaments du système respiratoire
R.01.	Médicaments des affections buccopharyngées
R.01.01.	Les médicaments topiques à visées anti- infectieuse ou analgésique, à l'exclusion des bains de bouche à principe actif unique, inclus dans le code ATC R02A*
R.02.	Les vasoconstricteurs de la sphère ORL à usage systémique inclus dans le code ATC R01B*
R.03.	Les médicaments utilisés dans les rhinites et sinusites
R.03.01.	Les vasoconstricteurs sympathomimétiques à usage topique utilisés dans les rhinites ou sinusites, seuls ou en association, inclus dans le code ATC R01A*
V.01.01.	Les extraits allergéniques pour immunothérapie spécifique par voie orale
2.	Exclusion de groupes de médicaments non allopathiques
Y.01.	Les médicaments phytothérapeutiques, y compris les médicaments relevant de l'aromathérapie, lorsque le code ATC n'est pas défini jusqu'au 5e niveau
Y.02.	Les médicaments homéopathiques à l'exception de ceux visés à l'article 22, paragraphe 1 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale
3.	Exclusion de médicaments présentant des caractéristiques communes
X.01.	Les médicaments conditionnés dans des emballages cliniques ou en présentation unitaire (unit dose) destinés à la consommation hospitalière
X.02.	Les médicaments que l'autorisation de mise sur le marché réserve à l'usage hospitalier
X.03.	<i>...supprimé</i>
X.03.01.	<i>...supprimé</i>
X.03.02.	<i>...supprimé</i>
X.03.03.	<i>...supprimé</i>
X.03.04.	<i>...supprimé</i>
X.03.05.	<i>...supprimé</i>
X.03.06.	<i>...supprimé</i>
X.04.	Les médicaments inclus dans des gammes de produits commercialisés sous un même nom de marque mais de composition différente ou répondant quant aux indications ou aux règles de prescription ou de délivrance à des conditions différentes
X.05.	Les médicaments contenant plus de trois principes actifs, à l'exception des médicaments administrés par voie parentérale
X.06.	Les médicaments que l'autorisation de mise sur le marché réserve à l'usage professionnel

X.07.	Les médicaments présentés sous forme de savons, bains médicamenteux, shampooings et lotions capillaires utilisés à des fins d'hygiène et de soins corporels.
X.08.	<i>...supprimé</i>

LISTE N°1 prévue à l'article 98: exposés des motifs

A.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'usage de ces médicaments est considéré comme faisant partie d'un ensemble de soins prophylactiques que l'individu doit apporter à sa personne pour maintenir l'état de sa santé et notamment pour entretenir journallement son hygiène buccale. Comme il n'y a, a priori, pas présence de traitement d'une pathologie déterminée, la prescription médicale serait principalement à titre non curatif.</p> <p>Pour le surplus la consommation des produits visés ici risquerait de se substituer à des produits similaires non médicamenteux, tout aussi efficaces dans le cadre de l'hygiène journalière et couramment utilisés aux mêmes fins. L'inscription de cette catégorie de médicaments risque de mettre à charge de l'assurance maladie un coût inapproprié</p>
A.01.02	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les associations de principes actifs ne remplissent pas le critère de la conformité aux données acquises par la science puisque les activités thérapeutiques constatées sont faibles voire insuffisantes et ce notamment pour les antiseptiques. En outre, certaines associations n'apportent pas la preuve d'un intérêt thérapeutique.</p> <p>Les formes pharmaceutiques autres que les bains de bouche sont à des dosages par application difficilement quantifiables et présentent une activité thérapeutique réduite.</p> <p>La prise en charge se limite aux médicaments à principe actif unique et à activité spécifique qui garantissent à dosage thérapeutique une efficacité adéquate.</p>
A.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Suivant la littérature internationale l'usage des médicaments contenant des sels de bismuth est à proscrire. Ainsi la prise en charge de ces médicaments ne remplit pas le critère de conformité aux données acquises par la science. Les médicaments en question ne correspondent pas au mieux à l'état de santé des assurés, d'autant plus que des traitements adéquats par d'autres médicaments sont pris en charge.</p>
A.03.01 A.03.02. A.03.03.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Devant la grande fréquence des échecs du traitement de la surcharge pondérale dans un objectif strictement centré sur le poids, il est essentiel de favoriser une approche globale centrée sur la personne dont les résultats obtenus suggèrent une meilleure efficacité non seulement sur le poids, mais également sur le vécu psychologique.</p> <p>Dans cette optique, l'assurance maladie prend en charge, dans le cadre d'une cure pour obésité pathologique, telle que définie dans la nomenclature des actes et</p>

	<p>services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf, un traitement individualisé sous surveillance médicale axé sur une rééducation diététique.</p> <p>En ce qui concerne le traitement médicamenteux des sujets relevant de l'indication anti- obésité, le résultat de celui-ci est conditionné par un régime hypocalorique suivi par le patient. La médication seule n'est pas indiquée, de fait, elle ne constitue qu'une mesure de soutien au régime diététique.</p> <p>Il y a lieu de relever le risque de disproportion des coûts engagés par le traitement médicamenteux pour atteindre le bénéfice escompté, d'autant plus que les effets secondaires engendrés sont notables. En outre, le résultat thérapeutique peut être obtenu par des mesures hygiéno-diététiques adéquates en dehors d'un traitement médicamenteux. En conclusion, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie telles que définies dans l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui stipule que les prescriptions et ordonnances ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, ne sont pas remplies.</p>
<p>A.04.01.</p>	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'administration de ces médicaments tend à suppléer à une déficience de l'hygiène nutritionnelle. La prise en charge n'est pas nécessaire puisqu'une mesure diététique adaptée permet sans traitement médicamenteux de remédier à la déficience.</p> <p>Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et doivent être conformes aux données acquises par la science. Ces conditions ne sont remplies que pour la vitamine A, la vitamine D, la vitamine K, les vitamines du complexe B, le calcium, le magnésium et le fer en tant que monosubstances, ainsi que leurs associations fixes, à condition que la prescription concerne un dosage thérapeutique confirmé par la littérature scientifique actuelle.</p>
<p>C.01.01. C.01.02.</p>	<p>Exposé des motifs:</p> <p>La décision d'exclusion du système de prise en charge par l'assurance maladie luxembourgeoise porte sur les veinotoniques, vasculoprotecteurs, anti-ischémiques et nootropes répondant aux critères de sélection suivants, établis d'après le code ATC, dernière version publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (Oslo) et correspondant à leur enregistrement actuel au Luxembourg</p> <p>L'exclusion de la prise en charge de ces catégories de médicaments se fonde sur les considérations suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'article 23 du Code des assurances sociales dispose que les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales (.....) ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. D'une bibliographie abondante il résulte un consensus scientifique confirmant que le service médical rendu par les catégories de médicaments visées par cette exclusion est insignifiant sur le plan clinique.

	<p>Leur exclusion du système de prise en charge ne porte en aucune manière atteinte à la santé publique.</p> <p>2. Le traitement médicamenteux par les catégories de médicaments visées ci-dessus est susceptible d'être substitué dans une très large mesure par des moyens thérapeutiques moins onéreux, soit par mobilisation ou par mesures hygiéno-diététiques, soit par des traitements compressifs des membres inférieurs. Pour le surplus les traitements de substitution sont susceptibles d'éviter, en cas d'administration médicamenteuse au long cours, des effets secondaires possibles, généralement non compensés par un gain thérapeutique correspondant.</p> <p>Dans le cadre de la législation sociale de certains autres pays de l'Union Européenne, les catégories de médicaments visées ci-dessus font également l'objet, soit d'une exclusion de la prise en charge, soit d'études ou de projets de modification à l'intérieur de ces systèmes de sécurité sociale tendant à leur exclusion du remboursement par l'assurance maladie en raison de l'insignifiance des services médicaux rendus.</p>
C.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'administration de ces médicaments, tend à suppléer à une déficience de l'hygiène nutritionnelle. En effet, le principe actif se trouve en quantité suffisante dans une alimentation équilibrée et en conséquence, l'apport en acides gras polyinsaturés oméga-3 peut être assuré par l'instauration de mesures diététiques adéquates. La prise en charge n'est pas nécessaire puisqu'il existe le régime diététique comme alternative au traitement médicamenteux. L'inscription de cette catégorie de médicaments risque ainsi de mettre à charge de l'assurance maladie un coût inapproprié.</p>
D.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'usage de ces médicaments est considéré comme faisant partie d'un ensemble de soins hygiéniques que l'individu apporte à sa personne pour maintenir son bien-être ou pour rencontrer des préoccupations d'ordre esthétique. Il n'y a, a priori, pas présence de traitement d'une pathologie, mais une utilisation à des fins cosmétiques.</p> <p>Pour le surplus la consommation des médicaments visés ici risquerait de se substituer à celle de produits similaires non médicamenteux, tout aussi efficaces dans le cadre de l'hygiène journalière et couramment utilisés aux mêmes fins. L'inscription de cette catégorie de médicaments risque de mettre à charge de l'assurance maladie un coût inapproprié</p>
D.01.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>La perte des cheveux traitée par ce type de médicaments n'est pas liée à une maladie proprement dite et le traitement en question a une visée purement esthétique. La prise en charge n'est pas appropriée</p>
D.01.03.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'effet cicatrisant de ces médicaments n'est pas clairement démontré. Les conditions posées par l'article 23 du Code de la sécurité sociale ne sont pas remplies.</p>

D.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Le Code de la sécurité sociale dispose à l'art. 23 que les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.</p> <p>L'utile et le nécessaire dans le domaine de la désinfection de la peau et des muqueuses ne peuvent être définis que par rapport à un spectre d'activité du médicament, c'est-à-dire, par rapport à l'efficacité que le médicament a sur un agent infectieux qu'il inactive ou détruit dans un laps de temps déterminé. Ainsi les antiseptiques pris en charge par l'assurance maladie doivent présenter certaines garanties d'efficacité, c'est-à-dire un spectre d'activité large qui offre le maximum de garantie dans le traitement des plaies et muqueuses. Vu l'augmentation des cas de maintien à domicile et d'hospitalisation à domicile, l'importance de la qualité des antiseptiques dans l'hygiène est primordiale dans le traitement de ces patients.</p> <p>Les médicaments éligibles pour la prise en charge sont les antiseptiques de la peau et des muqueuses qui ont au moins une activité bactéricide et fongicide. Une inactivation virale sur l'HBV et HIV et si possible une activité tuberculocide et protocide seront indispensables dans certaines indications thérapeutiques.</p> <p>Sont donc exclus les antiseptiques à activité bactériostatique et fongistatique: la prolifération de l'agent infectieux est inhibée sans que celui-ci ait été détruit.</p> <p>La prise en charge tiendra compte de l'évolution des données scientifiques dans ce domaine et le spectre d'activité minimal des médicaments retenus sera adapté en conséquence</p>
D.03.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité des médicaments utilisés dans le traitement de l'herpès labial est modeste sinon douteuse et est à mettre en balance avec un risque allergique non négligeable. La valeur thérapeutique de ces médicaments est faible et leur intérêt réside principalement au niveau de l'automédication. Une prise en charge par l'assurance maladie est jugée contraire aux conditions énoncées par l'article 23 du Code de la sécurité sociale. En effet, une telle prise en charge dépasse l'utile et le nécessaire, n'est plus en adéquation avec une stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et n'est pas conforme aux données acquises par la science.</p>
G.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Le but de la prise de contraceptifs n'est pas le traitement ou la prévention d'une maladie, mais la volonté de l'assurée d'éviter une grossesse qui est à considérer comme un état physiologique normal. La prise en charge des contraceptifs n'est pas appropriée et ne remplit pas le critère d'une efficacité notée pour le traitement d'une maladie. Toutefois ne sont pas considérés comme contraceptifs les médicaments du code ATC G03H* dont l'indication principale est thérapeutique et où l'effet contraceptif doit être considéré comme effet secondaire.</p>
G.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les risques de prescriptions en dehors de l'indication thérapeutique de l'autorisation de mise sur le marché sont notables. Le Contrôle par les instances de</p>

	la conformité des prescriptions entraînerait un coût élevé. La prise en charge n'est pas appropriée.
J.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Vu la difficulté, voire l'impossibilité d'établir le diagnostic de la grippe avec certitude dans le délai endéans duquel le traitement doit être instauré pour produire un certain résultat, la condition de l'article 104 des statuts de la Caisse nationale de santé qui stipule que la prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ces médicaments soient prescrits dans les indications thérapeutiques pour lesquelles ils ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché, n'est plus remplie.</p> <p>Le bénéfice du traitement des sujets sains ayant contracté le virus grippal se limite à une réduction éventuelle des symptômes d'un jour et ce à condition que le diagnostic soit établi et que le traitement soit instauré endéans 48 heures. Il y a un risque de disproportion des coûts engagés pour atteindre le bénéfice escompté. Les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie telles que définies dans l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui stipule que les prescriptions et ordonnances doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, ne sont pas remplies.</p> <p>L'impact estimé sur l'équilibre financier de l'assurance-maladie est pour le moment considéré comme incompatible avec le principe de l'utile et du nécessaire tel que défini par l'article 23 du Code de la sécurité sociale. Il n'est pas établi que le service médical rendu par ces médicaments rencontre les objectifs auxquels s'attachent le principe de l'utile et du nécessaire ancré dans l'article 23 du Code de la sécurité sociale.</p>
J.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Des études cliniques récentes démontrant des résultats cliniques significatifs font défauts. Les critères selon lesquelles les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés et doivent être conformes aux données acquises par la science ne sont pas remplis.</p>
M.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité du principe glucosamine de la gonarthrose est controversée. Elle est au mieux très modeste sinon douteuse et aucunement en relation avec son coût.</p> <p>L'efficacité de la chondroïtine n'est pas prouvée de façon satisfaisante et cohérente, sa valeur thérapeutique n'est pas établie et son utilisation systématique dans l'ostéoarthrose ne fait aucunement l'objet d'un consensus dans le monde médical.</p> <p>Ainsi, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie telles que définies dans l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui stipule que les prescriptions et ordonnances ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, ne sont pas remplies. Par ailleurs, la preuve de l'efficacité conformément aux données acquises par la science n'a pas été apportée.</p>

M.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité de la quinine et des dérivés de la quinine dans des indications autres que le paludisme comme la prévention et le traitement des crampes musculaires est controversée. Il en va de même pour son utilisation en tant qu'analgésique ou d'antipyrétique. Dans ces indications, l'efficacité est au mieux très modeste sinon douteuse et elle n'est pas en relation avec les effets secondaires potentiellement graves tels que le chinconisme, les troubles du rythme cardiaque, les thrombopénies etc. Par conséquent une prise en charge par l'assurance maladie serait contraire aux critères de l'article 23 du Code de la sécurité sociale. En effet, une telle prise en charge dépasserait l'utile et le nécessaire, elle ne se ferait pas dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et ne serait pas conforme aux données acquises par la science.</p>
M.02.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité des rubéfiants en tant que traitement symptomatique des douleurs de l'appareil locomoteur est douteuse sinon négligeable. La valeur thérapeutique de ces médicaments est insuffisamment établie. Une prise en charge par l'assurance maladie serait contraire aux critères de l'article 23 du Code de la sécurité sociale, étant donné qu'elle dépasserait l'utile et le nécessaire, ne se ferait pas dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et ne serait pas conforme aux données acquises par la science.</p>
N.01.01. N.01.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>La décision d'exclusion du système de prise en charge par l'assurance maladie luxembourgeoise porte sur les veinotoniques, vasculoprotecteurs, anti-ischémiques et nootropes répondant aux critères de sélection suivants, établis d'après le code ATC, dernière version publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (Oslo) et correspondant à leur enregistrement actuel au Luxembourg.</p> <p>L'exclusion de la prise en charge de ces catégories de médicaments se fonde sur les considérations suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'article 23 du Code de la sécurité sociale dispose que les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales (.....) ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. D'une bibliographie abondante il résulte un consensus scientifique confirmant que le service médical rendu par les catégories de médicaments visées par cette exclusion est insignifiant sur le plan clinique. Leur exclusion du système de prise en charge ne porte en aucune manière atteinte à la santé publique. 2. Le traitement médicamenteux par les catégories de médicaments visées ci-dessus est susceptible d'être substitué dans une très large mesure par des moyens thérapeutiques moins onéreux, soit par mobilisation ou par mesures hygiéno-diététiques, soit par des traitements compressifs des membres inférieurs. Pour le surplus les traitements de substitution sont susceptibles d'éviter, en cas d'administration médicamenteuse au long cours, des effets

	<p>secondaires possibles, généralement non compensés par un gain thérapeutique correspondant.</p> <p>Dans le cadre de la législation sociale de certains autres pays de l'Union Européenne, les catégories de médicaments visées ci-dessus font également l'objet, soit d'une exclusion de la prise en charge, soit d'études ou de projets de modification à l'intérieur de ces systèmes de sécurité sociale tendant à leur exclusion du remboursement par l'assurance maladie en raison de l'insignifiance des services médicaux rendus.</p>
N.02.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>La consommation tabagique augmente notablement les risques pour la santé. Aussi, la fondation luxembourgeoise contre le cancer propose différents services et actions de lutte contre le tabagisme qui ont comme buts de prévenir et d'informer tout en attirant l'attention sur le fait que l'arrêt tabagique présuppose de la volonté et de la motivation du fumeur.</p> <p>Les traitements médicamenteux par contre se limitent à une réduction des symptômes de la dépendance nicotinique ou à une substitution de la nicotine, accompagnée d'effets secondaires notables. En outre, l'arrêt tabagique peut être obtenu par des mesures adéquates à l'exclusion de tout traitement médicamenteux. Ainsi, les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie telles que définies dans l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui stipule que les prescriptions et ordonnances ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, ne sont pas remplies.</p>
R.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les associations de principes actifs ne remplissent pas le critère de la conformité aux données acquises par la science puisque les activités thérapeutiques constatées sont faibles voire insuffisantes et ce notamment pour les antiseptiques. En outre, certaines associations n'apportent pas la preuve d'un intérêt thérapeutique.</p> <p>Les formes pharmaceutiques autres que les bains de bouche et les collutoires, sont à des dosages par application difficilement quantifiables et présentent une activité thérapeutique réduite.</p> <p>La prise en charge se limite aux médicaments à principe actif unique et à activité spécifique qui garantissent à dosage thérapeutique une efficacité adéquate.</p>
R.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les vasoconstricteurs, seuls ou en association, destinés à un traitement symptomatique de courte durée, présentent un rapport efficacité / effets indésirables défavorable. Vu que leur place dans la stratégie thérapeutique est mal établie, les conditions de l'article 23 du Code des assurances sociales ne sont pas remplies.</p>
R.03.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Ces médicaments sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes. Il ressort de la littérature scientifique que l'utilisation prolongée de ces</p>

	<p>médicaments peut entraîner des effets secondaires graves qui ne sont plus en relation avec le bénéfice thérapeutique escompté.</p> <p>Etant donné que la durée du traitement préconisée est courte et que le coût par conditionnement est faible, il est constaté que les frais pour le patient sont réduits, d'autant plus que le médicament est disponible en officine sans prescription médicale. Dès lors il est jugé que la prise en charge par l'assurance maladie n'est pas appropriée.</p>
V.01.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les préparations d'extraits allergéniques pour immunothérapie spécifique par voie orale n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité conformément aux données acquises par la science et ne remplissent en conséquence pas les conditions de l'article 23 du Code de la sécurité sociale.</p>
Y.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les principes actifs, leurs dosages et la pathologie à traiter, ne sont, dans la plupart des cas, pas spécifiques. L'usage de ces médicaments découle de l'expérience séculaire et ne se base pas sur des études cliniques standardisées. A défaut d'une standardisation internationale, les dosages en principes actifs peuvent être très variables et produire de ce fait des effets thérapeutiques variables.</p>
Y.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité des médicaments homéopathiques à l'exception de ceux visés à l'article 22, paragraphe 1 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale ne peut pas s'expliquer par la pharmacologie, science sur laquelle se base essentiellement l'appréciation de l'accomplissement des critères. En conséquence les conditions de l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui dispose que les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale, ne sont pas remplies.</p>
X.01.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Sont repris dans ce groupe, les médicaments conditionnés sous des emballages qui facilitent le déconditionnement et la délivrance du médicament par le personnel des établissements hospitaliers. Les conditionnements en question sont adaptés à la logistique hospitalière. Leur prise en charge en milieu extra hospitalier n'est pas appropriée.</p>
X.02.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Les traitements médicamenteux administrés lors d'un séjour ambulatoire ou stationnaire en hôpital sont pris en charge intégralement par le budget hospitalier. Pour des raisons qui découlent de l'autorisation de mise sur le marché et peuvent être de nature scientifique ou de sécurité, leur emploi est strictement limité au milieu hospitalier et leur prise en charge en milieu extra hospitalier n'est pas appropriée.</p>
X.03.	<p><i>...supprimé</i></p>

X.03.01.	...supprimé
X.03.02.	...supprimé
X.03.03.	...supprimé
X.03.04.	...supprimé
X.03.05.	...supprimé
X.03.06.	...supprimé
X.04.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Le risque de confusion que peuvent générer ces médicaments sont, aussi bien au niveau de la prescription médicale que de la délivrance notables. En outre, la dénomination fréquemment à double composants fait, dans la majorité des cas, référence à une indication ou à un nom de société, ceci pour optimiser la promotion du médicament au niveau du grand public. La sécurité de l'emploi n'étant pas garantie, une prise en charge n'est pas appropriée.</p>
X.05.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>L'efficacité thérapeutique au vu des effets antagonistes ne rencontre pas les principes de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et de la conformité aux données acquises par la science.</p>
X.06.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Sont repris dans ce groupe, les médicaments que l'autorisation de mise sur le marché réserve à l'usage des professions de santé et dont la prise en charge est assurée dans les situations visées par les statuts à travers les honoraires repris aux nomenclatures ou à travers les budgets hospitaliers. Les données scientifiques ne destinent pas ces médicaments à une utilisation par le patient. Ainsi la prise en charge n'est pas appropriée et elle n'est pas conforme aux données acquises par la science.</p>
X.07.	<p>Exposé des motifs:</p> <p>Ces médicaments peuvent être remplacés par des produits non médicamenteux à même visée. Leur prise en charge n'est pas appropriée.</p>
X.08.	...supprimé

LISTE N°2 prévue à l'article 102, médicaments pris en charge au taux de 100%

A.	Médicaments agissant au niveau du système gastro-intestinal et du métabolisme
A.01.	Les antiémétiques
A.01.01.	Les antiémétisants, antagonistes des récepteurs 5HT 3 de la sérotonine inclus dans le code ATC A04AA*
A.02.	Médicaments des affections inflammatoires de l'intestin
A.02.01.	Les antiinflammatoires intestinaux appartenant au groupe des 5-ASA inclus dans le code ATC A07EC*

A.03.	Médicaments antidiabétiques
A.03.01.	Les insulines et analogues inclus dans le code ATC A10A*
A.03.02.	Les biguanides inclus dans le code ATC A10BA*
A.03.03.	Les sulfonamides inclus dans le code ATC A10BB*
A.03.04.	Les inhibiteurs des alpha-glucosidases inclus dans le code ATC A10BF*
A.03.05.	Les dérivés de l'acide benzoïque inclus dans le code ATC A10BX02
A.03.06.	Les thiazolidinediones inclus dans le code ATC A10BG*
A.03.07.	Les dérivés de la D – phénylalanine inclus dans le code ATC A10BX03
A.03.08.	Les associations fixes d'antidiabétiques inclus dans le code ATC A10BD*
A.03.09.	Les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DDP-4) inclus dans le code ATC A10BH*
A.03.10.	Les incrétino-mimétiques inclus dans le code ATC A10BX*
A.03.11.	Les inhibiteurs du co-transporteur de sodium-glucose de type 2 (SGLT2) inclus dans le code ATC A10BX*
A.04.	Autres médicaments liés au tractus digestif et au métabolisme
A.04.01	Les agents chélateurs sélectifs du cuivre inclus dans le code ATC A16AX12.
B.	Médicaments agissant au niveau du sang et des organes hémoïétiques
B.01.	Médicaments antihémorragiques
B.01.01.	Les facteurs de coagulation sanguine inclus dans le code ATC B02BD*
B.01.02.	...supprimé
B.01.03.	Les facteurs de croissance plaquettaire inclus dans le code ATC B02BX04
B.02.	Médicaments agissant sur les organes hémoïétiques
B.02.01.	Les facteurs de croissance stimulant l'érythropoïèse inclus dans le code ATC B03XA*
B.03.	Médicaments antithrombotiques
B.03.01.	Les antivitamines K inclus dans le code ATC B01AA*.
C.	Médicaments cardio vasculaires
C.01.	Médicaments utilisés dans l'insuffisance cardiaque
C.01.01.	Les glucosides cardiotoniques inclus dans le code ATC C01A*
C.01.02.	Les vasodilatateurs à visée exclusive de l'insuffisance cardiaque inclus dans le code ATC C01DX*.
C.02.	Médicaments antiangoreux
C.02.01.	Les antiangoreux à base de dérivés nitrés (sous forme orale) inclus dans le code ATC C01DA*
C.03.	Médicaments antiarythmiques
C.03.01.	Les antiarythmiques groupe I et III inclus dans le code ATC C01B*

C.04.	Médicaments antihypertenseurs
C.04.01.	Les antiadrénergiques centraux inclus dans le code ATC C02A*
C.04.02.	Les antiadrénergiques périphériques inclus dans le code ATC C02C*
C.04.03.	Les agents actifs sur le muscle lisse artériolaire inclus dans le code ATC C02D*
C.04.04.	Les agents actifs sur le système rénine-angiotensine, seuls ou associés avec un autre antihypertenseur, inclus dans les codes ATC C09A*, C09B*, C09C* et C09D*
C.04.05.	Les antihypertenseurs – autres substances inclus dans le code ATC C02K*
C.04.06.	Les bêta-bloquants, seuls ou associés avec un autre antihypertenseur ou un diurétique, inclus dans les codes ATC C07A*, C07B*, C07C*, C07E* et C07F*
C.04.07.	Les antagonistes du calcium inclus dans le code ATC C08*
C.04.08.	Les agents actifs sur le système rénine-angiotensine, associés avec un autre antihypertenseur et/ou un hypocholestérolémiant, inclus dans les codes ATC C09A*, C09B*, C09C* et C09D*
C.05.	Médicaments hypocholestérolémiants
C.05.01.	Les hypocholestérolémiants limitant l'activité de la PCSK9 inclus dans le code ATC C10AX*
G.	Médicaments du système uro-génital et hormones sexuelles
G.01.01.	Les médicaments à base d'ulipristal acétate, inclus dans le code ATC G03XB*, indiqués dans le traitement séquentiel des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins chez les femmes adultes qui n'ont pas atteint la ménopause et chez qui l'embolisation des fibromes utérins et/ou les options de traitement chirurgical ne conviennent pas ou ont échoué.
G.01.02.	Les médicaments antispasmodiques urinaires, administrés par voie intravésicale, inclus dans le code ATC G04BD04
H.	Médicaments du système hormonal (sauf insulines et hormones sexuelles)
H.01.01.	Les hormones de croissance inclus dans le code ATC H01AC*
H.01.02.	Les hormones hypothalamiques inclus dans le code ATC H01CB*
H.01.03.	Les antagonistes du récepteur de l'hormone de croissance inclus dans le code ATC H01AX01
H.01.04.	Les agents anti-parathyroïdiens inclus dans le code ATC H05BX01
H.01.05.	Les analogues synthétiques de la gonadotropin-releasing hormone à visée antinéoplasique exclusive inclus dans le code ATC H01CA*
H.01.06.	Les associations à base d'antagoniste de la gonadoréline, incluses dans le code ATC H01CC*, indiquées dans le traitement des symptômes modérés à sévères liés aux fibromes utérins chez les femmes adultes en âge de procréer.
J.	Médicaments antiinfectieux
J.01.	Médicaments antibactériens
J.01.01.	Les tuberculostatiques inclus dans le code ATC J04A*

J.01.02.	Les médicaments antibactériens à base de rifaximine, inclus dans le code ATC A07AA11, indiqués pour réduire les rechutes d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste.
J.02.	Médicaments antiviraux
J.02.01.	Les antiviraux dans le traitement de l'hépatite C chronique active inclus dans le code ATC J05AB04
J.02.02.	Les antiviraux dans le traitement de l'hépatite B chronique active inclus dans les codes ATC J05AF05, J05AF08 et J05AF10
J.02.03.	Les antiviraux généraux actifs sur les rétrovirus inclus dans les codes ATC J05AE*, J05AF*, J05AG*, J05AR* et J05AX*
J.02.04.	Les antiviraux indiqués dans le traitement de l'hépatite C chronique active due au virus VHC de génotype 1 inclus dans le code ATC J05AE*.
J.02.05.	Les antiviraux inclus dans le code ATC J05AB14 (valganciclovir), indiqués dans le traitement d'attaque et le traitement d'entretien de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les patients atteints de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ainsi que dans le traitement prophylactique des infections à CMV chez les patients CMV-négatif ayant bénéficié d'une transplantation d'organe solide à partir d'un donneur CMV-positif
J.03.	Vaccins spécifiques
J.03.01.	Les vaccins inclus dans le code ATC J07* et faisant l'objet d'une convention conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de santé conformément à l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale
L.	Médicaments antitumoraux
L.01.01.	Les médicaments antinéoplasiques et agents immunomodulateurs inclus dans le code ATCL*
M.	Médicaments de l'appareil locomoteur
M.01.	Médicaments antiinflammatoires et antirhumatismaux
M.01.01.	Les sels d'or inclus dans le code ATC M01CB*
M.01.02.	Les antirhumatismaux à base de penicillamine inclus dans le code ATC M01CC*
N.	Médicaments du système nerveux
N.01.	Médicaments antiépileptiques
N.01.01.	Les médicaments à indication antiépileptique exclusive inclus dans le code ATC N03A*
N.02.	Médicaments antiparkinsoniens
N.02.01.	Les médicaments à indication anti- parkinsonienne exclusive inclus dans le code ATC N04*
N.03.	Médicaments autres
N.03.01.	Les médicaments destinés au traitement spécifique de la sclérose latérale amyotrophique inclus dans le code ATC N07XX02

N.03.02.	Les médicaments utilisés pour améliorer la capacité de marche des patients adultes atteints de sclérose en plaques et présentant un handicap à la marche, inclus dans le code ATC N07XX07.
N.03.03.	...supprimé
N.03.04.	Les antipsychotiques à longue durée d'action, administrés par voie parentérale, inclus dans les codes ATC N05AX08 (rispéridone), N05AX12 (aripiprazole) et N05AX13 (palipéridone).
R.	Médicaments du système respiratoire
R.01.	Médicaments utilisés dans l'asthme et BPCO
R.01.01.	Les bêta-2-mimétiques sélectifs inclus dans les codes ATC R03AC* et R03CC*
R.01.02.	Les corticoïdes en inhalation, seuls ou associés à un bêta-2-mimétique inclus dans les codes ATC R03BA* et R03AK*
R.01.03.	Les anticholinergiques en inhalation, seuls ou associés à un bêta-2-mimétique inclus dans les codes ATC R03BB* et R03AL*
R.01.04.	Les xanthines inclus dans le code ATC R03DA*
R.01.05.	Les autres médicaments systémiques pour les maladies obstructives des voies respiratoires inclus dans le code ATC R03DX*.
V.	Chélateurs et Antidotes
V.01.01.	Les chélateurs du phosphore utilisés dans l'insuffisance rénale chronique inclus dans le code ATC V03AE* et A12AA12.
V.01.02.	Les chélateurs du fer utilisés dans le traitement des surcharges en fer inclus dans le code ATC V03AC*
V.01.03.	Les résines échangeuses d'ions utilisés dans le traitement des hyperkaliémies incluses dans le code ATC V03AE01
V.02.01.	Les médicaments détoxifiants utilisés dans les traitements anti-néoplasiques inclus dans le code ATC V03AF*

LISTE N°3 prévue à l'article 103, point 1, traitement de maladies longues et coûteuses

1.	Les médicaments prescrits dans le traitement de la mucoviscidose
2.	Les médicaments prescrits dans le déficit immunitaire primitif sévère
3.	Les médicaments prescrits dans le déficit immunitaire acquis sévère
4.	Les médicaments prescrits dans l'hémoglobinopathies homozygotes
5.	Les médicaments prescrits dans l'angio- œdème neurotique héréditaire sur déficit en C1 estérase inhibiteur

LISTE N°4 prévue à l'article 103, point 2, traitement de pathologies lourdes par des médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux

1.	Les diphosphonates utilisés dans les indications oncologiques inclus dans le code ATC M05BA*
----	--

2.	Les opiacés prescrits chez les patients atteints d'un cancer inclus dans le code ATCN02A*
3.	Les patients atteints d'épilepsie peuvent bénéficier d'un titre de prise en charge pour une durée illimitée (permanente) pour les médicaments à indication antiépileptique non exclusive prescrits dans les épilepsies inclus dans les codes ATC N03A*, N05BA01 et N05BA09.
4.	<i>...supprimé</i>
5.	Les patients bénéficiant d'une ouverture de droit aux soins palliatifs en application de l'article 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, peuvent bénéficier d'un titre de prise en charge pour une durée illimitée (permanent) pour les médicaments suivants inclus dans les codes ATC N02A* (analgésiques opiacés), ATC N02B* (autres analgésiques).

LISTE N°5 prévue à l'article 104, médicaments pris en charge au taux de 40%

A.	Médicaments du tractus gastro-intestinal
A.01.	Les médicaments stomatologiques topiques à visées antiinfectieuse ou analgésique, sous forme de bains de bouche à principe actif unique, inclus dans les codes ATC A01AB* et A01AD*
A.02.	Les cholérétiques et cholagogues, hépatotropes et hépatoprotecteurs inclus dans les codes ATC A05AX* et A05B*
A.03.	Les laxatifs, purgatifs et fibres diététiques inclus dans les codes ATC A06* et A07*, à l'exception des lavements inclus dans les codes ATC A06AG01 et A06AG10
A.04.	Les orexigènes inclus dans le code ATC A15*
A.05.	Les médicaments anti-émétiques et anti-nauséeux utilisés dans le mal de transport inclus dans le code ATC A04AD*
A.06.	Les médicaments à base de micro-organismes anti-diarrhéiques, seuls ou en association, inclus dans les codes ATC A07BA* et A07FA*
A.07.	Les antiacides inclus dans les codes ATC A02A* et A02BX13
D.	Médicaments à usage dermatologique
D.01.	Les antihistaminiques et les antiprurigineux à usage topique inclus dans les codes ATC : D04AA* et D04AX*
M.	Médicaments de l'appareil locomoteur
M.01.	Les anti-inflammatoires en association inclus dans le code ATC M01*
M.02.	Les anti-inflammatoires à usage topique inclus dans le code ATC M02AA*
M.03.	Les relaxants musculaires à base de benzodiazépines inclus dans le code ATC M03BX*
N.	Médicaments du système nerveux
N.01.	Les analgésiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires en associations inclus dans le code ATC N02B*
N.02.	Les anxiolytiques inclus dans le code ATC N05B*
N.03.	Les hypnotiques et sédatifs inclus dans le code ATC N05C*

N.04.	Les orexigènes inclus dans le code ATC N02CX*
N.05.	Les agonistes dopaminergiques utilisés dans le traitement du syndrome des jambes sans repos inclus dans le code ATC N04BC*
R.	Médicaments du système respiratoire
R.03.	Les médicaments topiques des affections buccopharyngées à visées anti-infectieuse ou analgésique, sous forme de bains de bouche à principe actif unique, inclus dans le code ATC R02A*
R.04.	Les antitussifs, mucolytiques et expectorants inclus dans le code ATC R05*
R.05.	Les médicaments anti-émétiques et anti-nauséeux utilisés dans le mal de transport inclus dans le code ATC R06AA*
R.06.	Les orexigènes inclus dans le code ATC R06AX*
S.	Médicaments des organes sensoriels
S.01.	Les lubrifiants oculaires inclus dans le code ATC S01XA20
S.02.	Les collyres vasoconstricteurs inclus dans le code ATC S01GA*

LISTE N°6 prévue à l'article 106, prise en charge conditionnelle

1.	<p>Les médicaments contre le paludisme inclus sous le code ATC P01B*</p> <p>Ces médicaments sont pris en charge seulement lorsqu'ils sont prescrits à titre curatif.</p>
2.	<p>Les vaccins spécifiques contre la grippe saisonnière non pandémique inclus dans le code ATC J07* sont pris en charge dans les conditions suivantes:</p> <p>La personne protégée doit atteindre l'âge de 65 ans pendant l'année en cours ou l'ordonnance doit justifier que le médicament est administré dans une des indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • à une femme enceinte • ou dans une des indications suivantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ maladies chroniques des poumons ○ maladies chroniques du cœur ○ maladies chroniques rénales ○ maladies métaboliques chroniques ○ immunodépressions congénitales ou acquises par maladie ou par traitement médicamenteux ○ maladies auto-immunes ○ hémoglobinopathies ○ maladies neurologiques ou neuromusculaires avec un risque élevé de pneumopathie par aspiration ○ handicap mental associé à des troubles neuromusculaires et risque d'aspiration ○ maladies justifiant d'un traitement chronique par l'acide acétylsalicylique d'une personne âgée de moins de 18 ans
3.	<i>....supprimé</i>

4.	<p>Les médicaments utilisés dans le cadre du traitement de la toxicomanie par substitution inclus dans le code ATC N07BC*</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'accomplissement des conditions spécifiés par la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.</p>
5.supprimé
6.	<p>Les médicaments utilisés dans le cadre du sevrage tabagique inclus dans le code ATC N07BA*</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'accomplissement des conditions spécifiées par la convention conclue entre l'Etat et l'Union des caisses de maladie le 30 novembre 2007.</p> <p>La prise en charge se fait par un forfait de prise en charge pour les médicaments correspondant à cinquante pour cent (50 %) du montant exposé avec un maximum de € 100,00 à liquider conformément aux dispositions de la convention.</p>
7.	<p>Les vaccins contre le Human Papilloma Virus (HPV) inclus dans les codes ATC J07BM* sont pris en charge dans les conditions suivantes:</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'accomplissement des conditions spécifiées par la convention conclue en février 2008 entre l'Etat et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la vaccination contre le Human Papilloma Virus, telle qu'elle a été modifiée.</p>
8.	<p>L'oxygène médical gazeux inclus dans le code ATC V03AN01</p> <p>La prise en charge se limite à l'oxygène médical gazeux délivré par les fournisseurs agréés pour la mise à disposition des bonbonnes le contenant suivant l'article 2 des statuts.</p>
9.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC G03XB02 (ulipristal) indiqués dans le traitement séquentiel des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins chez les femmes adultes qui n'ont pas atteint la ménopause et chez qui l'embolisation des fibromes utérins et/ou les options de traitement chirurgical ne conviennent pas ou ont échoué.</p> <p>Le traitement doit être initié et surveillé par des médecins expérimentés dans le diagnostic et le traitement des fibromes utérins.</p>
10.	<p>Les médicaments contraceptifs ne sont pris en charge que dans les conditions suivantes :</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'accomplissement des conditions spécifiées par la convention entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un programme de médecine préventive d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national, signée en date du 8 mars 2023.</p>
11.	<p>Les antiviraux indiqués dans le traitement de l'hépatite C chronique active due au virus VHC de génotype 1 inclus dans le code ATC J05AE*</p> <p>L'ordonnance doit être établie par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en hépatologie, en infectiologie ou en médecine interne expérimenté dans la prise en charge de l'hépatite C chronique conformément au résumé des caractéristiques du produit.</p>

12.	<i>...supprimé</i>
13.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N07XX07 (fampridine), utilisés pour améliorer la capacité de marche des patients adultes atteints de sclérose en plaques et présentant un handicap à la marche.</p> <p>L'ordonnance doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelles.</p>
14.	<i>...supprimé</i>
15.	<i>...supprimé</i>
16.	<i>...supprimé</i>
17.	<i>...supprimé</i>
18.	<i>...supprimé</i>
19.	<i>...supprimé</i>
20.	<i>...supprimé</i>
21.	<i>...supprimé.</i>
22.	<p>Les médicaments à base de toxine botulique inclus dans le code ATC M03AX01.</p> <p>Le traitement sera exclusivement administré par les médecins disposant des qualifications et de l'expérience appropriées pour le traitement des affections suivantes, et disposant du matériel nécessaire.</p> <p><u>Affections neurologiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasticité focale associée à la déformation dynamique du pied en équin chez les enfants ambulants (2 ans et plus) présentant une spasticité due à une infirmité motrice cérébrale. • Spasticité focale du poignet et de la main chez l'adulte après un AVC. • Spasticité focale de la cheville chez l'adulte après un AVC. • Blépharospasme, hémispasme facial et dystonies focales associées. • Dystonie cervicale (torticolis spasmodique). • Soulagement des symptômes chez les adultes répondant aux critères de la migraine chronique (maux de tête au moins 15 jours par mois, dont au moins 8 jours avec migraine) chez les patients qui ont mal répondu ou sont intolérants aux médicaments prophylactiques de la migraine. La migraine chronique doit être diagnostiquée par un neurologue spécialisé dans le traitement de la migraine chronique et la toxine botulique doit être exclusivement administrée sous la supervision d'un tel neurologue.
23.	<i>...supprimé</i>
24.	<i>...supprimé</i>
25.	<i>...supprimé</i>
26.	Les médicaments inclus dans le code ATC C10AX13 (evolocumab) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte ou dans le traitement des patients pédiatriques à partir de 10 ans

	<p>présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote ou dans le traitement des patients adultes et des patients pédiatriques à partir de 10 ans atteints d'une « hypercholestérolémie familiale homozygote » ou dans le traitement des patients adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p><u>Demande de prise en charge</u> par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC C10AX13 (evolocumab) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte ou dans le traitement des patients pédiatriques à partir de 10 ans présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote ou dans le traitement des patients adultes et des patients pédiatriques à partir de 10 ans atteints d'une « hypercholestérolémie familiale homozygote » ou dans le traitement des patients adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie.</p>
27.	<i>...supprimé</i>
28.	<i>...supprimé</i>
29.	<p>Les vaccins spécifiques contre le pneumocoque inclus dans le code ATC J07* sont pris en charge dans les conditions suivantes:</p> <p>La personne protégée doit atteindre l'âge de 65 ans pendant l'année en cours ou l'ordonnance doit justifier que le médicament est administré :</p> <p>1. à une personne avec une immunodéficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) absence congénitale de rate ou splénectomie ou asplénie fonctionnelle b) drépanocytose ou autres hémoglobinopathies c) immunodéficience congénitale d) néoplasies e) transplantation d'organe f) infection à HIV g) traitement immunosuppresseur <p>2. à une personne immunocompétente ayant un risque accru de développer une infection à pneumocoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) affection pulmonaire chronique b) fumeurs c) affection cardiaque chronique d) éthylisme avec ou sans cirrhose e) atteinte rénale chronique f) brèche méningée ou implant cochléaire
30.	<i>...supprimé</i>
31.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C10AX14 (alirocumab) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte ou dans le traitement des patients adultes avec une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie.</p>

	<p>Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p><u>Demande de prise en charge</u> par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC C10AX14 (alirocumab) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte ou d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie.</p>
32.	<i>...supprimé</i>
33.	<i>...supprimé</i>
34.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC A10BJ02 (liraglutide) ou A10BJ06 (semaglutide), utilisés dans le traitement du diabète de type 2.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera sur l'ordonnance le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p>
35.	<i>...supprimé</i>
36.	<i>...supprimé</i>
37.	<i>...supprimé</i>
38.	<i>...supprimé</i>
39.	<i>...supprimé</i>
40.	<i>...supprimé</i>
41.	<i>...supprimé</i>
42.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C10AX15 (acide bempédoïque) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p><u>Demande de prise en charge</u> par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC C10AX15 (acide bempédoïque) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte.</p>
43.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C10BA10 (acide bempédoïque et ézétimibe) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p><u>Demande de prise en charge</u> par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC C10BA10 (acide bempédoïque et ézétimibe) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte.</p>
44.	<i>...supprimé</i>

45.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N04BC07 (apomorphine) indiqués dans le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson.</p> <p>Le prescripteur certifie le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché sur la demande de prise en charge.</p> <p><u>Demande de prise en charge du médicament DACEPTON</u></p>
46.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C10AX16 (inclisiran) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p><u>Demande de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC C10AX16 (inclisiran) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte</u></p>
47.	<p>Les médicaments sous forme injectable inclus dans les codes ATC J05AG05 (rilpivirine) et J05AJ04 (cabotégravir) indiqués dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1).</p> <p>Ces médicaments sont destinés à être prescrits, en association entre eux, par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH.</p> <p>Le prescripteur certifie le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché sur la demande de prise en charge.</p> <p><u>Demande de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inclus dans les codes ATC J05AG05 (rilpivirine) et J05AJ04 (cabotégravir) indiqués dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1).</u></p>
48.	<p>Les médicaments inclus dans les codes ATC L04AA*, L04AB*, L04AC*, L04AX*, R03DX* et D11AH* utilisés dans le traitement de maladies inflammatoires à médiation immunitaire, conformément aux indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Ces médicaments sont destinés à être utilisés sous la conduite et la surveillance d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement des pathologies pour lesquelles ces médicaments sont indiqués.</p>
49.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N03AX25 (cénobamate) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une épilepsie non contrôlée par au moins deux traitements antérieurs, pour le traitement adjuvant des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire.</p> <p>Le prescripteur certifie le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché ainsi que les traitements précédents sur la demande de prise en charge.</p> <p><u>Demande de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC N03AX25 (cénobamate) indiqués dans le traitement des patients adultes atteints d'une épilepsie non contrôlée par au moins deux traitements antérieurs, pour le traitement adjuvant des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire.</u></p>

50.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC A03AB02 (glycopyrronium bromide), administrés par voie orale et indiqués dans le traitement symptomatique de la sialorrhée sévère (salivation pathologique chronique) chez les enfants âgés de 3 ans et plus et les adolescents atteints de troubles neurologiques chroniques.</p> <p>Ces médicaments sont destinés à être prescrit par des médecins expérimentés dans le traitement des patients pédiatriques atteints de troubles neurologiques.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera sur l'ordonnance le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p>
51.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC M05BX07 (vosoritide) indiqués pour le traitement de l'achondroplasie chez les patients âgés de 2 ans et plus et dont les épiphyses ne sont pas soudées. Le diagnostic d'achondroplasie doit être confirmé par un dépistage génétique approprié.</p> <p>Le traitement devra être instauré et suivi par un médecin spécialisé dans la prise en charge des troubles de la croissance ou des dysplasies squelettiques.</p> <p>Le médecin prescripteur précisera sur l'ordonnance le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p>
52.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC J05AX29 (fostemsavir) indiqués dans le traitement des adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) multirésistant chez lesquels il est autrement impossible d'établir un schéma de traitement antirétroviral suppressif.</p> <p>Ces médicaments sont destinés être prescrit, en association avec d'autres médicaments antirétroviraux, par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH.</p> <p>Le prescripteur certifie le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché sur la demande de prise en charge.</p> <p><u>Demande de prise en charge</u> par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC J05AX29 (fostemsavir) indiqués dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) multirésistant chez lesquels il est autrement impossible d'établir un schéma de traitement antirétroviral suppressif.</p>
53.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L04AA54 (pegcetacoplan) indiqués pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) chez les patients adultes anémiques après un traitement par inhibiteur de C5 pendant au moins 3 mois, uniquement en cas de taux d'hémoglobine < 10,5 g/dl.</p> <p>Le traitement doit être instauré sous la surveillance d'un professionnel de santé expérimenté en matière de prise en charge des affections hématologiques. L'auto-administration et la perfusion à domicile devront être envisagées pour les patients qui ont bien toléré le traitement dans des centres de traitement expérimentés. La décision d'une éventuelle auto-administration et de perfusions à domicile devra être prise après évaluation et sur recommandation du médecin du patient.</p>

	<p>Le médecin prescripteur précisera sur l'ordonnance le cadre d'utilisation dans le respect des indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p>
54.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C01DX22 indiqués dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique chez les patients adultes à fraction d'éjection réduite stabilisés après une décompensation récente ayant nécessité un traitement IV.</p> <p>Les médicaments ne peuvent pas être administrés seuls mais uniquement en association avec d'autres thérapies de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Le traitement ne doit pas être instauré chez les patients présentant une PAS <100 mmHg.</p>
55.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC H01CC54 (rélugolix, estradiol et noréthistérone acétate) indiqués dans le traitement des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins chez les femmes adultes en âge de procréer.</p>
56.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC M09AX10 (risdiplam) indiqués dans le traitement de l'amyotrophie spinale (SMA) 5q chez les patients avec un diagnostic clinique de SMA de Type 1, Type 2 ou Type 3 ou avec une à quatre copies du gène SMN2.</p> <p>Le traitement doit être instauré par un médecin expérimenté dans la prise en charge de la SMA.</p> <p>Le prescripteur certifiera que l'assuré répond à une des indications pour le traitement par EVRYSDI sur la demande de prise en charge.</p>
57.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N02CD06 (rimegepant) indiqués dans le traitement des crises de migraine avec ou sans aura chez les adultes et la prophylaxie de la migraine épisodique chez les adultes qui présentent au moins quatre crises de migraine par mois.</p> <p>Toutefois, la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inclus dans le code ATC N02CD06 (rimegepant) ne portera que sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement des crises migraineuses en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication(s) cardiovasculaire(s) aux triptans - le VYDURA peut être associé aux traitements prophylactiques habituels à l'exception des antagonistes injectables du récepteur du CGRP. - Traitement préventif de la migraine épisodique chez un patient qui présente au moins 4 crises de migraine par mois et nécessitant ou préférant un traitement par voie orale comme alternative aux antagonistes injectables du récepteur du CGRP <p>Le prescripteur certifiera que l'assuré répond à une des indications pour le traitement par VYDURA sur la demande de prise en charge.</p>
58.	<p>Les médicaments inclus dans les codes ATC B06AC06 (bérotalstat) et B06AC05 (lanadelumab) sont indiqués pour la prévention de routine des crises récurrentes d'angio-œdème héréditaire chez les patients âgés de 12 et plus.</p> <p>Le traitement doit être prescrit par un médecin spécialiste expérimenté dans la prise en charge de l'angio-œdème héréditaire.</p>

	<p>La prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inclus dans les codes ATC B06AC06 (bérolstat) et B06AC05 (lanadelumab) ne peut pas se faire qu'après l'échec thérapeutique d'un traitement médicamenteux de première ligne correctement mené inclus dans le code ATC B06AC01 (inhibiteur de la C1 estérase).</p> <p>Le traitement antérieur au moyen d'au moins un médicament inclus dans le code ATC B06AC01 n'a pas permis de traiter ou de prévenir efficacement et durablement les crises d'angio-œdème chez le patient.</p> <p>Le prescripteur certifiera que le patient remplit les critères statutaires de <u>prise en charge du ORLADEYO ou du TAKHZYRO sur la demande de prise en charge.</u></p>
59.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC C03DA05 (finérénone) sont indiqués pour le traitement de la maladie rénale chronique avec albuminurie associée à un diabète de type 2.</p> <p>À l'initiation du traitement, le patient doit être sous traitement antérieur depuis au moins 4 semaines avec un médicament inclus dans le code ATC C09AA* (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ou un médicament inclus dans le code ATC C09CA* (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) à la dose maximale tolérée.</p> <p>L'association du médicament inclus dans le code ATC C03DA05 et du médicament inclus dans le code ATC C09AA* ou du médicament inclus dans le code ATC C09CA* doit être maintenue par la suite.</p>
60.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX08 (lenvatinib) sont indiqués pour le traitement de première ligne du carcinome à cellules rénales avancé chez l'adulte uniquement en association avec les médicaments inclus dans le code ATC L01FF02 (pembrolisumab).</p>
61.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC A07AA12 (fidaxomicine) sont indiqués dans le traitement des infections documentées à Clostridioides difficile (ICD) chez l'adulte ou les patients pédiatriques pesant au moins 12,5 kg.</p> <p>Le diagnostic doit être établi au moyen d'un acte de microbiologie dont le code est BH302 ou éventuellement BH920.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
62.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC A16AX08 (Teduglutide) sont indiqués pour le traitement du syndrome du grêle court chez des patients âgés d'un an minimum et dans un état stable après la période d'adaptation intestinale ayant suivi l'intervention chirurgicale.</p> <p>Au moment de l'initiation du traitement, le patient devra être âgé de minimum 1 an, en nutrition parentérale depuis plusieurs mois et les possibilités d'adaptation n'auront pas permis d'obtenir le sevrage de la nutrition parentérale.</p> <p>Pour les patients en dessous de 2 ans, la durée de la prise en charge n'excèdera pas 12 semaines. La durée de la prise en charge pourra être portée à 6 mois pour les patients de 2 ans et plus.</p>

	<p>En l'absence d'amélioration globale après 12 mois, la nécessité de la poursuite du traitement doit être reconsidérée.</p> <p>Le prescripteur certifiera que le patient remplit les critères statutaires de <u>prise en charge</u> du REVESTIVE sur la demande de prise en charge.</p>
63.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX21 (tepotinib) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne, après un traitement antérieur par immunothérapie ou chimiothérapie à base de platine, chez le patient adulte atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé et présentant des altérations entraînant le saut de l'exon 14 au niveau du gène du facteur de transition mésenchymato-épithéliale (METex14).</p> <p>La recherche de la présence de mutations entraînant un saut de METex14 doit être documentée et correctement menée selon les recommandations du Résumé Caractéristique du produit.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
64.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N07XX11 (pitolisant) sont indiqués pour améliorer l'éveil et réduire la somnolence diurne excessive (SDE) chez le patient adulte présentant un Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) modéré à sévère.</p> <p>À l'initiation du traitement, le patient doit suivre scrupuleusement un traitement primaire du SAHOS, tel que la Pression Positive Continue des voies aériennes (PPC), mais sa somnolence n'est pas traitée de manière satisfaisante ou le patient est intolérant à ce traitement primaire.</p> <p>Le cadre d'utilisation du traitement respectera l'autorisation de mise sur le marché.</p>
66.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N03AX24 (cannabidiol) sont indiqués, en association au clobazam, pour le traitement des crises d'épilepsie associées au syndrome de Lennox-Gastaut (SLG) ou au syndrome de Dravet (SD), chez les patients de 2 ans et plus.</p> <p>Les médicaments inclus dans le code ATC N03AX24 (cannabidiol) sont également indiqués comme traitement adjuvant des crises d'épilepsie associées à une sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) chez les patients de 2 ans et plus, uniquement en cas d'épilepsie pharmacorésistante.</p> <p>Un patient pharmacorésistant est défini comme étant en échec à au moins deux traitements antiépileptiques bien conduits et bien tolérés, que ce soit en monothérapie ou en association.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
67.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC S01XA21 (mercaptopine) sont indiqués dans le traitement des dépôts cornéens de cystine chez les adultes et les enfants de plus de 2 ans souffrant de cystinose.</p>

	<p>Le diagnostic de cystinose doit être confirmé par l'analyse génétique du gène CTNS (Cystinosin, Lysosomal Cystine Transporter).</p> <p>Le nombre de conditionnements pris en charge annuellement par l'assurance maladie ne peut dépasser 52 flacons par patient.</p>
68.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01AA05 (chlorméthine) sont indiqués dans le traitement par voie topique des stades précoces (IA, IB et IIA) de lymphomes T cutanés de type mycosis fongoïde (LTC-MF) chez les patients adultes.</p> <p>À partir du stade IIB de LTC-MF, l'initiation du traitement par voie topique par les médicaments inclus dans le code ATC L01AA05 (chlorméthine) doit être approuvée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
69.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX23 (pralsetinib) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne en monothérapie, après un traitement antérieur par immunothérapie ou chimiothérapie à base de platine, chez le patient adulte atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé présentant une fusion positive de RET (REarranged during Transfection) non précédemment traités par un médicament inhibiteur de RET inclus dans le code ATC L01EX22 (selpercatinib).</p> <p>La recherche de la présence d'une fusion positive du RET doit être documentée, et selon les recommandations du résumé des caractéristiques du produit, correctement menée au moyen d'une méthode de test validée.</p> <p>L'initiation du traitement par les médicaments inclus dans le code ATC L01EX23 (pralsetinib) doit être approuvée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
70.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX22 (selpercatinib) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne en monothérapie, après un traitement antérieur par immunothérapie ou chimiothérapie à base de platine, chez le patient adulte atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé présentant une fusion positive de RET (REarranged during Transfection) non précédemment traités par un médicament inhibiteur de RET inclus dans le code ATC L01EX23 (pralsetinib).</p> <p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX22 (selpercatinib) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne en monothérapie, après un traitement antérieur avec des médicaments inclus dans le code ATC L01EX02 (sorafénib) ou le code ATC L01EX08 (lenvatinib), chez le patient adulte atteint d'un cancer de la thyroïde avancé avec fusion RET et nécessitant une thérapie systémique.</p> <p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EX22 (selpercatinib) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne en monothérapie, après un traitement antérieur avec des médicaments inclus dans le code ATC L01EX07 (cabozantinib) ou le code ATC L01EX04 (vandétanib), chez le patient âgé de 12 ans et plus atteint d'un cancer médullaire de la thyroïde (CMT) avancé mutant RET.</p>

	<p>La recherche de la présence d'une fusion positive ou d'une mutation du RET doit être documentée, et selon les recommandations du résumé des caractéristiques du produit, correctement menée au moyen d'une méthode de test validée.</p> <p>L'initiation du traitement par les médicaments inclus dans le code ATC L01EX22 (selpercatinib) doit être approuvée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
71.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N03AX26 (fenfluramine) sont indiqués, en association à d'autres médicaments antiépileptiques, dans le traitement adjuvant des crises d'épilepsie associées au syndrome de Lennox-Gastaut (SLG) ou au syndrome de Dravet (SD), chez les patients âgés de 2 ans et plus, uniquement en cas d'épilepsie pharmacorésistante.</p> <p>Un patient pharmacorésistant est défini comme étant en échec à au moins deux traitements antiépileptiques bien conduits et bien tolérés, que ce soit en monothérapie ou en association.</p> <p>De plus, il est nécessaire d'instaurer une surveillance cardiaque régulière chez les patients prenant des médicaments inclus dans le code ATC N03AX26 (fenfluramine) en raison du risque potentiel de cardiopathie valvulaire et d'hypertension artérielle pulmonaire.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
72	<p>Les médicaments inclus dans les codes ATC N06BA12 (lisdexamfétamine) et C02AC02 (guanfacine) sont indiqués pour la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans inclus.</p> <p>Les médicaments inclus dans les codes ATC C02AC02 (guanfacine) sont indiqués chez les patients chez qui les médicaments psychostimulants ne sont pas adaptés, n'ont pas été tolérés ou ne sont pas efficaces.</p> <p>Les médicaments inclus dans les codes ATC N06BA12 (lisdexamfétamine) sont indiqués chez les patients lorsque la réponse à un traitement antérieur par médicament inclus dans le code ATC N06BA04 (méthylphénidate) est jugée cliniquement insuffisante</p> <p>Le traitement doit être instauré sous la surveillance d'un médecin spécialiste des troubles du comportement de l'enfant ou de l'adolescent</p> <p>Le prescripteur certifiera que le patient remplit les critères statutaires de prise en charge du ELVANSE ou du INTUNIV sur la demande de prise en charge.</p>
73.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L04AD03 (voclosporine) sont indiqués dans le traitement des patients adultes atteints de glomérulonéphrite lupique active de classe III, IV ou V (y compris de classe mixte III/V ou IV/V) en association avec les médicaments inclus dans le code ATC L04AA06 (mofétil mycophénolate).</p> <p>Le traitement devra être instauré et suivi par un médecin spécialisé dans la prise en charge de la glomérulonéphrite lupique.</p>

74.	<p>Les médicaments combinant le nirmatrelvir et le ritonavir, sont indiqués en première intention dans le traitement de la COVID-19, causée par le virus SARS-CoV-2, chez l'adulte à risque accru de développer une forme sévère de la COVID-19.</p> <p>À l'initiation du traitement, le patient ne doit pas nécessiter de supplémentation en oxygène et les symptômes possiblement corrélés à une infection à la COVID-19 datent de maximum 5 jours.</p> <p>Le diagnostic doit être établi au moyen d'un test moléculaire (RT-PCR) ou antigénique.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
75.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC D11AH09 (ruxolitinib) sont indiqués en première intention dans le traitement par voie topique du vitiligo non-segmentaire avec atteinte faciale de l'adulte et de l'adolescent de plus de 12 ans.</p> <p>La zone à traiter ne doit pas dépasser 10 % de la surface corporelle.</p> <p>Le nombre de conditionnements pris en charge par l'assurance maladie ne peut dépasser 2 tubes par mois et par patient.</p> <p>Le traitement doit être instauré et supervisé par des médecins spécialisés dans le domaine du diagnostic et du traitement du vitiligo non-segmentaire.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
76.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N06BA04 (méthylphénidate) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne, lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes, chez l'adulte atteint d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), conformément à l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Le traitement doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste en psychiatrie, ayant l'expérience de la prise en charge du TDAH chez l'adulte.</p> <p>Le prescripteur certifiera que le patient remplit les critères statutaires de prise en charge du MEDIKINET RETARD sur la <u>demande de prise en charge</u>.</p>
77.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01EH03 (tucatinib) sont indiqués dans le traitement de troisième ligne, en association avec les médicaments inclus dans les codes ATC L01FD01 (trastuzumab) et ATC L01BC06 (capécitabine), après deux traitements antérieurs anti-HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor-2), chez le patient adulte atteint d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique avec une amplification du gène du HER2.</p> <p>Le statut HER2 doit être évalué, par immunohistochimie (IHC) ou par un test d'hybridation in situ en fluorescence (FISH), et le résultat doit être documenté.</p> <p>L'initiation du traitement par les médicaments inclus dans le code ATC L01EH03 (tucatinib) doit être approuvée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie.</p>

	<p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
78.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC L01XK (niraparib + abiraterone) sont indiqués dans le traitement de deuxième ligne, en association avec les médicaments inclus dans les codes ATC H02AB07 (prednisone) ou ATC H02AB04 (prednisolone), lorsque la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée, chez le patient adulte atteint d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm) avec des mutations des gènes BRCA1/2 (BREast CANcer 1/2) de type germinales ou somatiques.</p> <p>La castration médicale par un analogue de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH), inclus dans les codes ATC L02AE, doit être poursuivie pendant le traitement chez les patients n'ayant pas subi de castration chirurgicale.</p> <p>Avant l'instauration du traitement, une mutation délétère du gène BRCA de type germinale ou somatique doit être confirmée à l'aide d'une méthode de test validée, et le résultat doit être documenté.</p> <p>L'initiation du traitement par les médicaments inclus dans le code ATC L01XK (niraparib + abiraterone) doit être approuvée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
79.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC V03AB15 (naloxone) sont indiqués, chez le patient âgé de 14 ans et plus, pour une administration immédiate par voie nasale dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connu ou suspecté, se manifestant par une dépression respiratoire ou du système nerveux central, à la fois dans un environnement non médical et un environnement de soins.</p> <p>Les utilisateurs potentiels, le patient ou son entourage, doivent avoir été correctement formés à l'administration de ce traitement.</p> <p>Le traitement par des médicaments inclus dans le code ATC V03AB15 (naloxone) ne se substitue pas aux soins d'urgence.</p>
80.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC D06BX03 (tirbanibuline) sont indiqués dans le traitement, par voie topique, unique de la kératose actinique, non hypertrophique et non hyperkératosique du visage ou du cuir chevelu, chez le patient adulte.</p> <p>La zone à traiter ne doit pas dépasser une zone bien définie de 25 cm² au maximum du visage ou du cuir chevelu.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
81.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC J05AX10 (maribavir) sont indiqués dans le traitement de l'infection ou de la maladie à cytomégalovirus réfractaire, avec ou sans résistance, à un ou plusieurs traitements antérieurs, y compris les médicaments inclus dans les codes ATC J05AB06 (ganciclovir), ATC J05AB14 (valganciclovir), ATC J05AB12 (cidofovir) ou ATC J05AD01 (foscarnet) chez les patients adultes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques ou une greffe d'organe solide.</p>

	<p>Un traitement avec les médicaments inclus dans le code ATC J05AX10 (maribavir) ne peut pas être instauré en première intention.</p> <p>Le prescripteur précisera sur l'ordonnance que le patient et le diagnostic répondent aux critères statutaires de prise en charge du traitement.</p>
--	---

LISTE N°7 prévue à l'article 107, point 1, médicaments soumis à prescription initiale hospitalière et à accord préalable du Contrôle médical

..... *Liste désemplie*

LISTE N°8 prévue à l'article 107, point 2, médicaments soumis à protocole thérapeutique et à accord préalable du Contrôle médical

1.	... <i>supprimé</i>
2.	<p>Les médicaments du type stimulants du système nerveux central dans le cadre du trouble déficit de l'attention/hyperactivité inclus dans le code ATC N06BA*.</p> <p>Les demandes d'initialisation ne sont admises que pour des enfants et jeunes à partir de 6 ans et qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis.</p> <p>Les demandes de prolongation sont acceptées pour les personnes protégées adultes, à condition que l'initialisation du traitement ait eu lieu avant l'âge de 18 ans accomplis.</p> <p>Protocoles thérapeutiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demande initiale de prise en charge</u> par l'assurance maladie de médicaments du type stimulants du système nerveux central dans le cadre du traitement du trouble déficit de l'attention / hyperactivité • <u>Demande de prolongation de la prise en charge</u> par l'assurance maladie de médicaments du type stimulants du système nerveux central dans le cadre du traitement du trouble déficit de l'attention / hyperactivité
3.	<p>Les antipsychotiques atypiques inclus dans le code ATC N05AE03</p> <p>Protocoles thérapeutiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demande initiale de prise en charge</u> de l'antipsychotique atypique SERDOLECT • <u>Demande de prolongation de la prise en charge</u> de l'antipsychotique atypique SERDOLECT
4.	... <i>supprimé</i>
5.	... <i>supprimé</i>
6.	... <i>supprimé</i>
7.	<p>Les médicaments inclus dans le code ATC N02AB03 (fentanyl) indiqués pour le traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients adultes recevant déjà un traitement de fond opioïde pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse.</p>

	<p>L'accord initial est donné par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un protocole thérapeutique dûment rempli par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des opioïdes chez les patients atteints de cancer. L'accord pour une prolongation de la prise en charge est donné sur base d'une ordonnance médicale établie par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des traitements opioïdes chez les patients atteints de cancer.</p> <p>Protocole thérapeutique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demande initiale de prise en charge d'INSTANYL</u>
8.	<i>... supprimé</i>
9.	<p>Les médicaments antibactériens à base de rifaximine, inclus dans le code ATC A07AA11, indiqués pour réduire les rechutes d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste.</p> <p>L'accord initial est donné par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base du protocole thérapeutique dûment rempli par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge de l'encéphalopathie hépatique. L'accord pour une prolongation de la prise en charge est donné sur base d'une ordonnance médicale établie par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints de l'encéphalopathie hépatique.</p> <p>Protocole thérapeutique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demande de prise en charge de TARGAXAN</u>
10.	<i>... supprimé</i>
11.	<i>... supprimé</i>
12.	<i>... supprimé</i>

LISTE N°9 prévue à l'article 107, point 3, médicaments soumis à accord préalable du Contrôle médical

1.	<p>Les psychostimulants inclus dans le code ATC N06B* indiqués dans la narcolepsie.</p> <p>L'ordonnance doit être accompagnée des pièces objectivant la narcolepsie.</p>
2.	<i>... supprimé</i>
3.	<i>... supprimé</i>
4.	<i>... supprimé</i>
5.	<p>Les médicaments contraceptifs inclus dans le code ATC G02BA03</p> <p>L'ordonnance doit justifier que le médicament est administré dans l'indication ménorragie fonctionnelle.</p>
6.	<p>Les médicaments utilisés dans le traitement de l'asialie inclus dans le code ATC A01AD*</p> <p>L'ordonnance doit justifier que le médicament est destiné aux patients oncologiques en traitement de radiothérapie.</p>

7.	<i>... supprimé</i>
8.	<i>... supprimé</i>
9.	<i>... supprimé</i>
10.	<i>... supprimé</i>
11.	<i>... supprimé</i>
12.	<i>... supprimé</i>

LISTE N°10 prévue à l'article 109, limitation des quantités pour une durée déterminée

1.	<p>Les agonistes sélectifs des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT-1D inclus dans le code ATC N02CC*</p> <p>Ces médicaments ne sont pris en charge qu'à raison de seize unités ou doses par personne et par mois. La prise en charge d'une quantité supérieure n'est autorisée que pour les personnes présentant un cluster headache dûment motivé par un dossier médical détaillé ayant trouvé l'accord du Contrôle médical et pour autant que cette pathologie figure parmi les indications officielles de l'autorisation de mise sur le marché.</p>
-----------	---

LISTE N°11 prévue à l'article 115, honoraires de service

Libellé	Prix	Taux
Indemnité de dérangement le dimanche et les jours fériés entre 8.00h et 19.00h	6,87 €	100 %
Indemnité de dérangement entre 19.00h et 22.00h avec certificat d'urgence	6,87 €	100 %
Indemnité de dérangement entre 22.00h et 08.00h avec certificat d'urgence	15,11 €	100 %
Honoraire pour copie d'ordonnance	0,27 €	80 %
Honoraire de dispensation d'un stupéfiant	1,38 €	80 %
Honoraire pour la reconstitution du médicament conformément au RCP	1,65 €	80 %
Honoraire hebdomadaire de délivrance par patient pour le reconditionnement de médicaments en dose individuelle comme prévu dans le <u>réglement grand-ducal du 26 décembre 2012</u> fixant le tarif des préparations galéniques et les honoraires des pharmaciens	12,06 €	100 %
Honoraire de fractionnement de la dispensation d'un stupéfiant ordonné par le médecin	1,38 €	100 %

Annexe E

Liste prévue à la section 1**bis** du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts

Les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens ne sont pris en charge que pour les pathologies suivantes :

D01	Facteur de risque des maladies cardiovasculaires : hypertension artérielle avec prise d'au moins deux molécules conjointes et non combinées et dont la période de prise en charge par l'assurance maladie est consécutive et supérieure à six (6) mois
D02	Insuffisance rénale chronique (IRC) sévère et terminale avec un résultat biologique retrouvant une clearance à la créatinine < 30ml/min
D03	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dont l'étiologie retrouvée répond aux diagnostics de la maladie de Crohn (MC), la rectocolite hémorragique (RCH), la stéatohépatite non alcoolique (NASH) et l'œsophagite à éosinophiles
D04	Maladie cœliaque
D05	Intolérance alimentaire avérée au lactose (avec méthode de diagnostic clinique préalable par « breath test »)
D06	Intolérance alimentaire avérée au fructose (avec méthode de diagnostic clinique préalable par un test respiratoire H2)
D07	Mucoviscidose
D08	(abrogé)
D09	Obésité de l'adulte avec un indice de masse corporelle (ci-après « IMC ») ≥ 30 kg/m ² en association avec au moins l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none">- diabète sucré avec HbA1c > 7 %- hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois (3) antihypertenseurs- syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil- type morphologique androïde : tour de taille dépassant 88 cm chez la femme (en dehors de la grossesse) et 102 cm chez l'homme- antécédents cardiologiques (coronaropathie/ cardiomyopathie documentée)
D10	Obésité de l'enfant ou de l'adolescent : à déterminer selon les courbes de distribution de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe. L'obésité correspond à un IMC > au seuil IOTF-30*. *Définition de l'International Obesity Task Force (IOTF).
D11	Diabète de type I
D12	Diabète de type II ou diabète gestationnel
D13	Prédiabète (glycémie ≥ 106 mg/dl)

D14	<p>Prise en charge de la dénutrition sévère et/ou sarcopénie (enfant, adolescent et adulte) :</p> <p>Pour les enfants et les adolescents, un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC \leq seuil IOTF-17 ; - Perte de poids $> 10 \%$ en 1 mois ou $> 15 \%$ en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; - Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel. <p>Pour les adultes, un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC $\leq 17 \text{ kg/m}^2$; - Perte de poids $\geq 10 \%$ en 1 mois ou $\geq 15 \%$ en 6 mois ou $\geq 15 \%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; - Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30\text{g/L}$.
D15	<p>Troubles des conduites alimentaires (TCA) : prise en charge uniquement de l'anorexie mentale dans une des deux situations suivantes :</p> <p>1. Soit les critères suivants doivent être cumulativement remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge de la personne protégée : entre 13 et 19 ans inclus ; - Suivi pluridisciplinaire de plus de 3 mois par un médecin généraliste ou un pédiatre et par un psychiatre ou pédopsychiatre ou neuropsychiatre ; - Critères anthropométriques : Poids $<$ à 85% du poids corporel idéal ou IMC $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$. <p>2. Soit après une hospitalisation dans le cadre d'une prise en charge des conséquences de l'anorexie mentale avec un diagnostic associé, les critères suivants doivent être cumulativement remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge de la personne protégée : entre 13 et 19 ans inclus ; - Critères anthropométriques : Poids $<$ à 85% du poids corporel idéal ou IMC $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$.

Annexe F

Demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques telle que prévue à l'article 14 du Code de la sécurité sociale

Annexe F - Formulaire au format PDF

Notice d'information "Reprise progressive du travail pour des raisons thérapeutiques"

Annexe F

DEMANDE DE REPRISE PROGRESSIVE DU TRAVAIL POUR RAISONS THERAPEUTIQUES (en application de l'article 14, alinéa 1^{er} CSS)
--

CERTIFICAT MEDICAL A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM DE L'ASSURE(E) :	
MATRICULE DE L'ASSURE(E) :	

Le(a) soussigné(e) Dr. _____ code prescripteur _____

Se prononce en faveur d'une reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques de l'assuré(e) désigné(e) ci-devant, en vue de favoriser l'amélioration de son état de santé.

Fait à _____, le _____ cachet et signature : _____

DEMANDE A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

Par la présente, je soussigné (e) _____ matricule _____ déclare vouloir reprendre progressivement mon travail pour raisons thérapeutiques pendant mon Incapacité de travail.

Fait à _____, le _____ signature : _____

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Par la présente, l'employeur _____ matricule _____ déclare

- Être d'accord avec une reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques de la part de son(sa) salarié(e) susvisé(e)
- Ne pas être d'accord avec une reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques de la part de son(sa) salarié(e) susvisé(e)

Fait à _____, le _____ cachet et signature : _____

CONDITIONS D'OCTROI

La reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques est seulement possible à condition que

- 1) La demande ait été faite par l'assuré, sur base d'un certificat médical de son médecin traitant attestant que le travail effectué est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré.
- 2) L'assuré se trouve en incapacité de travail au moment de la demande.
- 3) L'assuré ait été en incapacité de travail pendant au moins un mois sur les trois mois précédant sa demande.
- 4) L'employeur ait donné son accord.
- 5) La Caisse nationale de santé ait donné son accord au préalable, pris sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale.

DEMARCHE

Le certificat dûment rempli par le médecin-traitant et l'assuré est à remettre à l'employeur.

Si l'employeur marque son accord quant au principe de la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT), le certificat est à transmettre à l'adresse suivante :

Caisse nationale de santé
Département prestations en espèces
L- 2979 Luxembourg

Dès réception, la CNS demande au Contrôle médical de la sécurité sociale de prendre position par rapport à la demande.

La décision sera transmise dans les meilleurs délais à l'assuré et son employeur.

NB

La reprise du travail progressive peut seulement débuter après réception de l'accord de la CNS !

INFORMATIONS IMPORTANTES

Pendant la période de la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques, l'assuré est considéré comme étant en incapacité de travail totale et doit produire un **certificat médical d'incapacité de travail à 100%**, couvrant de façon continue et ininterrompue la période de la mesure.

Toute interruption de l'incapacité de travail met à terme la mesure du RPTRT (p.ex. congé légal).

Vu que les dispositions légales ne prévoient pas de taux fixes, la reprise de travail peut se faire progressivement suivant l'état de santé de l'assuré, en vue d'en favoriser l'amélioration.

Il s'ensuit que la période du RPTRT

- est reprise intégralement dans le cumul des périodes d'incapacité de travail pour déterminer l'échéance de la fin de droit aux Indemnités pécuniaires (78 semaines sur une période de 104 semaines)
- est indemnisée à 100% par la Caisse nationale de santé (à condition que la charge de paiement telle que définie par l'article L.121-6 du Code du travail lui incombe)

Annexe G

Listes prévues à la section 2 du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts

Listes des informations à indiquer lors de la prescription de prestations de kinésithérapie, par type de traitement

I – Traitement pour pathologies lourdes

Un traitement du type « Pathologie lourde » peut être prescrit pour les pathologies suivantes, à indiquer sur l'ordonnance:

Code	Libellé
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante
L03	Arthrogrypose
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire
L05	Spondylarthrite ankylosante
L06	Myopathie
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive
L08	Paralysie
L09	Paraplégie
L10	Tétraplégie
L11	Hémiplégie
L12	Sclérose en plaque
L13	Sclérose latérale amyotrophique
L14	Infirmité motrice cérébrale
L15	Maladie de Parkinson
L16	Maladie d'Alzheimer
L17	Lymphoedème après chirurgie carcinologique

II – Rééducation post-chirurgicale

Lors de la prescription d'un traitement pour « Rééducation post-chirurgicale », la date de l'intervention doit être indiquée sur l'ordonnance.

III – Traitement pour pathologies courantes

La partie du corps concernée doit être indiquée sur l'ordonnance en cas d'une « Rééducation orthopédique » (actes ZK10 et ZK11), sur base de la classification suivante:

Code	Libellé
C01	Epaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville

Code	Libellé
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Maxillaires
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx

Annexe H

ANNEXE H : MODELE D'UNE FICHE DE MESURES pour une délivrance d'articles de contention

Nom:

Prénom:

Pointure: *

Matricule :

Date et heure de la prise de mesure :

	GAUCHE	DROITE
a		
b	*	*
c		
d		
e		
f	*	*
h		
j		
m		
xy		
h+j		
A-D		
A-E		
A-F		
A-G	*	*
A-M		
hauteur sol/taille		
tour hanche		
tour taille		
taille		

Marque et référence :

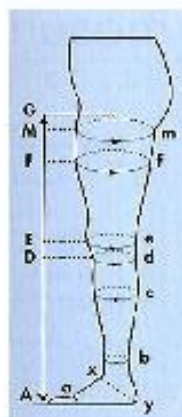
Standard

Entièrement fabriqué en France :

Le gni de contention en mm.Hg:

* Mesure à prendre si tailleur standard.

Si l'article se tour mesure, prendre toutes les mensurations supérieures.



Circonférences

Bout du pied: a
 Tour cou-de-pied: xy
 Tour de cheville: b
 Tour de mollet: c
 Tour de jarret: d
 Tour de genou: e
 Tour mi-cuisse: f
 Tour de cuisse au point le plus fort: m

HAUTEURS (FACE INTERNE)

Sol/jarret: A-D
 Sol/genou: A-E
 Sol/mi-cuisse: A-F
 Sol/cuisse: A-M

MESURES SUPPLEMENTAIRES POUR COLLANTS

Hauteur sol/entre-jambes: A-G
 Hauteur sol/taille
 Tour de taille
 Tour de hanche
 Taille confection

Annexe I

a) (supprimé)

b) (supprimé)

Annexe J

Annexe J - Formulaire au format PDF

Annexe J



Demande de prise en charge d'un traitement de Procréation médicalement assistée (PMA) par FIV ou par ICSI

Données concernant la personne protégée :

Numéro d'identification	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>			
Prénom(s)	<input type="text"/>			
Adresse	<input type="text"/>			
Lieu et date de naissance	<input type="text"/>			
Caisse de maladie	<input type="text"/>			

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que :

- la personne protégée susmentionnée nécessite une mesure de PMA;
- la personne protégée susmentionnée est âgée de moins de 43 ans accomplis;
- la demande d'une PMA n'est pas due à une ligature des trompes ou une vasectomie.

traitement prévu à l'étranger traitement prévu au Luxembourg

Si la PMA est prévue à l'étranger, une demande d'autorisation de transfert à l'étranger conjointe est indispensable.

Date :	Cachet et signature du médecin prescripteur :
---------------	--

Annexe K

Montant maximum à rembourser dans le cadre de la directive « Soins de santé transfrontaliers » pour l'année 2024

Calcul : Tarifs de 2023, activité facturée de 2022 + adaptation de 3,9 %.

L'adaptation correspond à l'augmentation de l'EBG entre 2023 et 2024.

1. Forfaits 1 : Traitement hospitalier avec nuitée

Type de séjour	Montant maximum à rembourser (€)			
	Durée de séjour (nombre de nuitées)			
	1	2	3	4+
Maternité	4.139	2.341	1.820	1.507
Chirurgie cardiaque	13.058	8.373	6.394	4.098
Rééducation	1.201	988	980	939
Réhabilitation psychiatrique	713	646	671	692
Hospitalisation avec OP	3.582	2.232	1.800	1.314
Hospitalisation sans OP	1.266	1.145	1.079	966

2.1. Forfait pour traitements en milieu hospitalier ambulatoire (actes médicotéchniques et de diagnostic)

Montant maximum à rembourser par prestation (€)

Salle OP et salle de réveil ambulatoire	2.486
Salle d'accouchement	3.150
Laboratoire d'analyses	53
Imagerie médicale	114
IRM	165
Radiothérapie	370
Médecine nucléaire	353
Pet-scan	577
Lithotritie	566
Caisson d'oxygénothérapie	997
Hémodialyse	485
Kinésithérapie	68
Ergothérapie	58

Policlinique sans urgence	135
Urgence	201
Endoscopie	383
Chimiothérapie	1.763
Fécondation in vitro	4.731
Curiethérapie	7.519
Forfait pour traitement ambulatoire dans un centre de rééducation	338
Test génétique	742
Anatomopathologie (lame)	45

2.2. Forfaits pour séjour hospitalier en cas de traitement hospitalier ambulatoire

Montant maximum à rembourser par jour (€)

Lit dans une unité de soins normaux	708
Lit dans une unité de soins intensifs	2.154
Hôpital de jour de psychiatrie	477
Hôpital de jour chirurgical	362
Hôpital de jour non chirurgical	1.793
Hôpital de jour pédiatrique	998



Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Caisse de maladie compétente	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Code médecin	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

S'agit-il des suites d'un accident du travail oui Numéro d'accident U /
 non

* 1) Nom, adresse et désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger

.....

* 2) Diagnostic précis moyennant codification ICD10/ CIM10 (ou plus récente)

3) Indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée

.....

4) Motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement (Rapport médical en annexe)

.....

* Tous les champs marqués d'un « * » sont à remplir obligatoirement.

* Nom et prénom Matricule

* 5) Nature du traitement	Date prévue du début (si connue)	* Durée probable
<input type="checkbox"/> consultation	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement ambulatoire	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement stationnaire	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure thermale	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure de convalescence	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois

6) Moyen de transport si le déplacement par un moyen de transport public est contre-indiqué du point de vue médical :
 En cas de demande pour un transport en série, un transport en ambulance ou un transport en hélicoptère, veuillez s.v.p joindre une ordonnance médicale au présent formulaire conformément aux dispositions prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1ère partie des statuts de la Caisse nationale de santé.

Par sa signature, le médecin atteste que les prestations dont la prise en charge est demandée ne peuvent être dispensées à la personne protégée au Luxembourg dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie.

À envoyer à : CNS – Service « Transfert à l'étranger » – L-2980 Luxembourg

* Date	* Cachet du médecin	* Signature du médecin

<p>Avis administratif de la CNS</p> <p>Conditions de prise en charge administratives remplies</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Prestataire conventionné... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Avis médical du CMSS</p> <p><input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>Motivation</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<p style="text-align: center;">Date Signature</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
---	---

Réservé à l'administration

Annexe M

Annexe M - Formulaire au format PDF

Annexe M

1° Tableau prévu à l'article 91 et comportant selon le stade de la pathologie les fournitures relatives au pied diabétique susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie

Stade de la pathologie	Fournitures	Type de chaussures	Type de semelles
Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (Weichpolstereinlagen)		Semelles orthopédiques pour pied diabétique
Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied	Chaussures thérapeutiques de série	Chaussures d'intérieur	Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui
		Chaussures de ville	
Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et/ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure	Chaussures orthopédiques sur mesure	Chaussures d'intérieur	Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui
		Chaussures de ville	
		Chaussures de sécurité	

Annexe M



2° Protocole thérapeutique
 prévu à l'article 86 des statuts de la CNS valant ordonnance
 de prescription pour les fournitures relatives au **ped diabétique**

Numéro d'identification (matricule)	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Nom et prénom de la personne protégée	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Code médecin	<input style="width: 90%;" type="text"/>			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que la personne protégée diabétique mentionnée ci-dessus présente des lésions au pied liées à son diabète et nécessite les fournitures indiquées dans le tableau ci-dessous.

Stade de la pathologie	Fournitures	Type de chaussures	Nombre de paires de chaussures	Type de semelles	Nombre de paires de semelles
Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (Weichpolster-einlagen)	/	/	Semelles orthopédiques pour pied diabétique	
Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied	Chaussures thérapeutiques de série	Chaussures d'intérieur		Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui	
		Chaussures de ville			
Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et/ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure	Chaussures orthopédiques sur mesure	Chaussures d'intérieur		Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui	
		Chaussures de ville			
		Chaussures de sécurité			



d'Gesondheidskeess

En cas de prescription de chaussures orthopédiques sur mesure, prière d'indiquer toute affection des pieds pouvant avoir un impact sur la confection de celles-ci.

En cas de non-respect du délai de renouvellement tel que prévu à l'article 91quinquies, veuillez indiquer les raisons médicales pour le renouvellement anticipé des fournitures.

Cachet, signature et date

Annexe N

Annexe N - Formulaire au format PDF



Protocole thérapeutique – Annexe N Vêtements de compression et de contention

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>			

**Diagnostic médical/
Intervention chirurgicale**

**Date de l'intervention
chirurgicale** (si applicable)

**Date de début de la prise
en charge du drainage
lymphatique** (si applicable)

**Partie(s) du corps
concernée(s) et modèle**

<input type="checkbox"/> <u>Membre(s) inférieur(s):</u> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Bilatéral	<input type="checkbox"/> Bas jusqu'au genou <input type="checkbox"/> Bas cuisses incluses <input type="checkbox"/> Collant <input type="checkbox"/> Pièces cuisses
<input type="checkbox"/> <u>Membre(s) supérieur(s):</u> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Bilatéral	<input type="checkbox"/> Manchon(s) <input type="checkbox"/> Avec mitaine <input type="checkbox"/> Sans mitaine <input type="checkbox"/> Mitaine(s)/ Gant(s)
<input type="checkbox"/> Tête	
<input type="checkbox"/> Tronc	

Nom et prénom Matricule

**Nombre de fourniture(s)
de même nature à délivrer**
(prise en charge dans les
limites des règles statutaires)

Type de tricotage

Circulaire Rectiligne

**Degré minimal de
compression** (si applicable)

_____ mmHg

Prise en charge pour bas et collant de contention à partir de 20 mmHg

Durée de traitement
(facultatif)

_____ mois _____ semaines
Mise en place : 12 heures 24 heures Autre _____

**Motivation pour demande
de renouvellement anticipée**
(sur accord préalable)

Cachet, signature et date (médecin prescripteur)	<input type="text"/>
---	----------------------

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.

Modifications

Entrée en vigueur	Arrêté ministériel	Conseil d'administration	Mémorial	Modifications
01.02.2011	10.01.2011	29.10.2010	<u>A-12 du 19.01.2011 page 86</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, listes 5 et 9
01.03.2011	017.02.2011	10.01.2011	<u>A-25 du 14.02.2011 pages 194-203</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5 Annexe D, listes 2, 6 et 8
01.04.2011	08.03.2011	23.02.2011	<u>A-46 du 11.03.2011 pages 653-654</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5
01.01.2011	15.04.2011	30.03.2011	<u>A-78 du 22.04.2011 page 1242</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 142 Article 154bis
01.04.2011	15.04.2011	30.03.2011	<u>A-78 du 22.04.2011 page 1242</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 75 Article 142 Annexe I, point a)
01.06.2011	15.04.2011	06.04.2011	<u>A-78 du 22.04.2011 pages 1243-1245</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, listes 1 et 8 Protocole thérapeutique
01.06.2011	20.05.2011	30.03.2011	<u>A- 112 du 31.05.2011 pages 1744-1745</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 169, alinéas 1 et 3 Article 170 Article 172 Article 199 Article 201 Article 203
01.06.2011	25.05.2011	18.05.2011	<u>A- 112 du 31.05.2011 pages 1746-1752</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B3
01.07.2011	25.05.2011	18.05.2011	<u>A- 112 du 31.05.2011 page 1752</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 1er, alinéa 2 Article 35, alinéa 4 Article 133 Article 161 Annexe A, fichiers B1 et B5 Annexe D, listes 2, 9 et 10
01.08.2011	30.06.2011	16.06.2011	<u>A- 138 du 12.07.2011 pages 1960-1962</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B2

01.09.2011	30.06.2011	16.06.2011	<u>A-139 du 15.07.2011 pages 1967-1974</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 131 • Article 142 • Annexe A, nouveau fichier B7
01.09.2011	30.08.2010	03.08.2011	<u>A- 189 du 30.08.2011 pages 3296-3297</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 97, alinéa 1er • Article 99, alinéa 1er • Annexe C • Annexe D, liste 1
01.11.2011	24.10.2011	21.09.2011	<u>A- 217 du 24.10.2011 pages 3747-3754</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5 • Annexe D, listes 1 et 9
01.12.2011	28.11.2011	19.10.2011	<u>A- 244 du 30.11.2011 pages 4059-4061</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B7
01.01.2012	01.12.2011	09.11.2011	<u>A-252 du 09.12.2011 pages 4247-4250</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe C, nouveau point 12) • Annexe D, liste 8, nouveau protocole thérapeutique d'EFIENT ou de BRILIQUE
01.01.2012	15.12.2011	09.11.2011	<u>A-275 du 27.12.2011 page 4913</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 142 alinéa 4 - abrogation
01.01.2012	15.12.2011	30.11.2011	<u>A-275 du 27.12.2011 pages 4913 - 4918</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, liste 6, nouveau point 10. • Annexe D, liste 8, nouveaux protocoles thérapeutiques <ul style="list-style-type: none"> ○ de PROCORALAN ○ de MULTAQ 400 MG
01.01.2012	16.12.2011	14.12.2011	<u>A-275 du 27.12.2011 page 4918</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 17 - nouveau alinéa final • Article 142 alinéa 3 - modification • Article 154bis alinéa 2 - modification • Annexe C - abrogation point 6)

01.03.2012	06.02.2012	18.01.2011	<u>A-021 du 09.02.2012 pages 250-252</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B7
01.05.2012	22.03.2012	14.03.2012	<u>A-065 du 30.03.2012 pages 733-734</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D listes 2 et 6
01.05.2012	30.04.2012	18.04.2012	<u>A- 085 du 03.05.2012 pages 939-946</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B3 Annexe D, liste 9
01.06.2012	04.05.2012	18.04.2012	<u>A- 097 du 14.05.2012 pages 1206-1208</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1
01.07.2012	04.05.2012	18.04.2012	<u>A- 101 du 22.05.2012 pages 1246-1259</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B4
01.07.2012	25.05.2012	16.05.2012	<u>A- 117 du 08.06.2012 pages 1555-1557</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1
01.08.2012	07.07.2012	20.06.2012	<u>A-144 du 17.07.2012 pages 1784-1790</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B7
01.09.2012	18.07.2012	11.07.2012	<u>A-157 du 30.07.2012 pages 1889-1890</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1
01.09.2012	01.08.2012	25.07.2012	<u>A-164 du 10.08.2012 page 2532</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, Liste no 6
01.09.2012	08.08.2012	01.08.2012	<u>A- 176 du 22.08.2012 pages 2645-2650</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4
01.08.2012	03.09.2012	01.08.2012	<u>A- 201 du 17.09.2012 page 2872-</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 35, alinéa 4
01.11.2012	12.10.2012	19.09.2012	<u>A- 228 du 26.10.2012 pages 3056-3059</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4 Annexe D, liste No 8
01.12.2012	13.11.2012	17.10.2012	<u>A- 248 du 30.11.2012 pages 3214-3216</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B4 Annexe D, liste No 9
01.01.2013	27.11.2012	14.11.2012	<u>A- 255 du 11.12.2012 pages 3249-3255</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 8, alinéa 1 Article 28, alinéa 2 Article 36, alinéas 1, 4 et 9, abrogation alinéas 5, 6 et 8

				<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B4 • Annexe D, liste No 2 • Annexe J, nouveau formulaire
01.01.2013	27.12.2012	12.12.2012	<u>A- 299 du 31.12.2012 page 4724</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 162
01.01.2013	27.12.2012	21.12.2012	<u>A- 299 du 31.12.2012 pages 4724-4725</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 35, alinéa 4
01.03.2013	30.01.2013	16.01.2013	<u>A- 025 du 13.02.2013 pages 414-422</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 et B5 • Annexe D, liste No 11
01.06.2013	24.04.2013	16.05.2013	<u>A-090 du 29.05.2013 pages 1060-1069</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 • Annexe D, liste No 8
01.09.2013	13.08.2013	31.07.2013	<u>A-156 du 28.08.2013 pages 3018 - 3044</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1(et art 2), B2, B3, B4, B5 (et art 1) et B7 • Annexe D, liste 6 • article 170 • article 187 • article 189 • article 203
01.10.2013	25.09.2013	18.09.2013	<u>A- 176 du 01.10.2013 page 3378</u>	<ul style="list-style-type: none"> • article 39
01.12.2013	12.11.2013	16.10.2013	<u>A- 198 du 19.11.2013 pages 3694 - 3700</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B4, B5 et B7 • Annexe D, listes 2 et 8
01.01.2014	10.12.2013	13.11.2013	<u>A- 220 du 19.12.2013 page 3898</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, Liste 2
01.01.2014	19.12.2013	11.12.2013	<u>A- 232 du 30.12.2013 pages 4300-4303</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 31, pt e) • Article 35 • Article 154bis alinéa final • Annexe C, pts 8, 10, 11 et 12 modifiés • Annexe C, nouveaux pts 13, 14 et 15

01.02.2014	19.12.2013	11.12.2013	<u>A-3 du 03.01.2014 pages 38-47</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4, B5 et B7 • Annexe D, liste 2
01.03.2014	29.01.2014	22.01.2014	<u>A-17 du 07.02.2014 pages 166-169</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, listes 1, 2 et 8
01.04.2014	28.02.2014	11.12.2013	<u>A-30 du 07.03.2014 pages 332-333</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 55, alinéa final • Article 59, alinéa final • Article 67, alinéa final • Article 142, alinéa 7 (abrogé)
01.04.2014	22.03.2014	26.02.2014	<u>A-46 du 31.03.2014 pages 523-530</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, listes 5 et 10 • Article 73, première phrase • Article 75bis, nouvel article • Annexe E, nouvelle annexe
01.05.2014	04.04.2014	26.03.2014	<u>A-62 du 14.04.2014 pages 649-654</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 (et article 2 du fichier B1) • Annexe A, fichier B4 • Annexe A, fichier B7 • Annexe D, liste 8 • Demande de prise en charge d'ESMYA, nouveau formulaire (<i>n'existe plus depuis 01.01.2016</i>)
01.05.2014	30.04.2014	16.10.2013	<u>A-67 du 30.04.2014 page 1000</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe C, nouveau point 16
01.05.2014	30.04.2014	26.03.2014	<u>A-69 du 02.05.2014 page 1006</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 133, 134 et 136 • Annexe A, fichier B6
01.05.2014	30.04.2014	26.04.2014	<u>A-74 du 08.05.2014 pages 1075-1086</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 43 • Annexe C, point 12 • Annexe C, point 14.3 • Annexe C, nouveau point 3
01.06.2014	30.04.2014	26.04.2014	<u>A-74 du 08.05.2014 pages 1075-1086</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B3 et B4

				<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2
01.07.2014	24.06.2014	28.05.2014	<u>A- 111 du 27.06.2014 pages 1718-1723</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B3 Annexe D, listes 2 et 6
01.09.2014	16.07.2014	25.06.2014	<u>A- 130 du 21.07.2014 pages 2096-2098</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3 et B4
01.09.2014	08.08.2014	09.07.2014	<u>A- 159 du 13.08.2014 pages 2457-2469</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B4, B6 et B7 Chapitre 6 du titre I de la première partie des statuts Articles 133, 134 et 135 Annexe C, points 5, 7 et 9 abrogés Annexe K, nouvelle annexe Annexe L, nouvelle annexe
			<u>A- 166 du 22.08.2014 page 2520</u>	<ul style="list-style-type: none"> rectificatif du Mémorial A n°159 (concernant l'article 134, alinéa 3)
01.10.2014	30.05.2014	26.02.2014	<u>A-96 du 10.06.2014 page 1468</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 14, alinéa 3 Article 95 abrogé Article 100 Article 113, alinéas 2 et 3
01.12.2014	03.10.2014	17.09.2014	<u>A- 194 du 16.10.2014 pages 3775-3796</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3 et B4 Annexe D, listes 2 et 6
01.01.2015	05.11.2014	15.10.2014	<u>A- 210 du 12.11.2014 pages 4141-4149</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3, B4 et B7 Annexe D, liste 9 Article 152
			<u>A-3 du 08.01.2015 page 14</u>	<ul style="list-style-type: none"> rectificatif du Mémorial A n°194 (concernant la liste n°2 prévue à l'article 102)

01.01.2015	09.03.2015	25.02.2015	<u>A-48 du 13.03.2015 pages 1021-1023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B2
01.02.2015	24.11.2014	12.11.2014	<u>A-216 du 01.12.2014 pages 4183-4189</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B4, B5 et B7
01.02.2015	28.01.2015	10.12.2014	<u>A-16 du 03.02.2015 pages 195-200</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe K
01.03.2015	28.01.2015	10.12.2014	<u>A-16 du 03.02.2015 pages 195-200</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1 Articles 24, 39, 42, 43, 65 (abrogé), 130 et 154bis Annexe D, liste 6
01.03.2015	02.02.2015	14.01.2015	<u>A-22 du 11.02.2015 pages 241-282</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B3
01.04.2015	02.02.2015	14.01.2015	<u>A-22 du 11.02.2015 pages 241-282</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2
01.05.2015	24.03.2015	25.02.2015	<u>A-62 du 02.04.2015 pages 1284-1288</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B4 et B5 Annexe D, liste 6 Article 152, paragraphe 10 Annexe C, point 15
01.05.2015	27.04.2015	11.03.2015	<u>A-80 du 30.04.2015 page 1494</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2
01.07.2015	04.05.2015	22.04.2015	<u>A-86 du 11.05.2015 pages 1519-1522</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5
01.08.2015	08.06.2015	13.05.2015	<u>A-102 du 11.06.2015 pages 1744-1745</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4
01.09.2015	20.07.2015	10.06.2015	<u>A-139 du 22.07.2015 pages 2922-2932</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3 et B5
01.10.2015	31.08.2015	29.07.2015	<u>A-188 du 01.10.2015 pages 4448-4450</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1
01.12.2015	12.10.2015	16.09.2015	<u>A-196 du 16.10.2015 pages 4520-4521</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B5 et B7

01.12.2015	22.10.2015	30.09.2015	<u>A-207 du 30.10.2015 pages 4462-4465</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, listes 6 et 8 (protocole thérapeutique - Alzheimer)
01.01.2016	14.12.2015	14.10.2015	<u>A-235 du 16.12.2015 pages 5180-5182</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B5 Annexe A, fichier B5, article 1^{er} Annexe D, liste 8
01.01.2016	18.12.2015	09.12.2015	<u>A-248 du 24.12.2015 pages 6146-6147</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe K
01.01.2016	21.12.2015	11.11.2015	<u>A-260 du 29.12.2015 pages 6262-6266</u>	<ul style="list-style-type: none"> Nouvel article 35bis chapitre 5 du Titre II de la Première partie (Cures de convalescence et cures thérapeutiques) Article 173 (abrogé) Articles 35, 174, 175, 177, 187 Annexe C, point 1 abrogé Annexe C, nouveau point 17
01.02.2016	21.12.2015	11.11.2015	<u>A-260 du 29.12.2015 pages 6262-6266</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1
01.04.2016	25.02.2016	13.01.2016	<u>A-33 du 11.03.2016 pages 770-793</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 152 Annexe B Annexe D, fichiers B1, B3, B5 et B7
01.04.2016	10.03.2016	17.02.2016	<u>A-35 du 16.03.2016 pages 800-803</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2
01.05.2016	10.03.2016	17.02.2016	<u>A-35 du 16.03.2016 pages 800-803</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, fichiers B1 et B4
01.06.2016	25.04.2016	16.03.2016	<u>A-72 du 28.04.2016 pages 1130-1133</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B4 et B7 Annexe D, listes 8 et 9 Annexe A, fichier B7, article 2
01.07.2016	29.04.2016	13.04.2016	<u>A-83 du 09.05.2016 pages 1365-1368</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B5 Annexe D, listes 5, 6 et 9

01.08.2016	09.06.2016	11.05.2016	<u>A-105 du 24.06.2016 pages 1898-1918</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B4 • Annexe D, liste 6
			<u>A-120 du 07.07.2016 page 2175</u>	<ul style="list-style-type: none"> • rectificatif du Mémorial A n°105 (concernant le chapitre 13 au titre II des statuts)
01.08.2016	26.07.2016	13.07.2016	<u>A-148 du 01.08.2016 pages 2534-2541</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, listes 2 et 8 • Annexe A, fichier B1, article 2
01.09.2016	28.06.2016	15.06.2016	<u>A-116 du 05.07.2016 pages 2154-2155</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.10.2016	28.06.2016	15.06.2016	<u>A-116 du 05.07.2016 pages 2154-2155</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.10.2016	26.07.2016	13.07.2016	<u>A-148 du 01.08.2016 pages 2534-2541</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.10.2016	30.08.2016	27.07.2016	<u>A-183 du 06.09.2016 pages 3040-3045</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 8
01.11.2016	05.10.2016	14.09.2016	<u>A-211 du 17.10.2016 pages 3982-3991</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 et B5 • Article 76, alinéa 2 • Annexe D, liste 1
01.12.2016	08.11.2016	12.10.2016	<u>A-227 du 11.11.2016 pages 4236-4238</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B4 • Annexe A, fichier B1, article 2
01.01.2017	21.12.2016	09.11.2016 23.11.2016	<u>A-287 du 27.12.2016 pages 6018-6036</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Divers articles • Annexe A, fichiers B1, B2, B6 • Annexe C • Annexe G • Annexe M (nouveau)
			Mémorial A-287 du 27.12.2016 complété rétroactivement par	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe K

			modifications à l'annexe K publiées au <u>A-195 du 14.02.2017</u>	
			Mémorial A-287 du 27.12.2016 complété rétroactivement par modifications à l'annexe B publiées au <u>A-462 du 08.05.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe B
01.02.2017	21.01.2017	14.12.2016	<u>A-115 du 31.01.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3, B4 et B5
01.05.2017	20.04.2017	15.02.2017	<u>A-429 du 24.04.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B4 (déjà inclus dans fichier B4 du 01.03.2017) et B6 Annexe D, listes 6, 8 et 11 Demande initiale de prise en charge de BRILIQUE 60 MG Demande de prise en charge d'EFIENT ou de BRILIQUE 90mg
01.05.2017	25.04.2017	15.03.2017	<u>A-441 du 26.04.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B7
01.06.2017	26.05.2017	15.03.2017	<u>A-525 du 30.05.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 11 Article 42, alinéa 1 Article 143bis Annexe J Article 165
01.06.2017	26.05.2017	05.04.2017	<u>A-526 du 30.05.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5
01.07.2017	21.06.2017	26.04.2017	<u>A-595 du 27.06.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4
01.07.2017	26.06.2017	14.06.2017	<u>A-598 du 28.06.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 27 Article 28 Article 165 Annexe J

			Mémorial A-598 du 28.06.2017 complété par modifications à l'annexe L publiées au <u>A-624 du 06.07.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe L
01.08.2017	05.07.2017	17.05.2017	<u>A-658 du 24.07.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3 et B4 Annexe A, fichier B3, article 3 Article 152
01.10.2017	28.07.2017	12.07.2017	<u>A-692 du 07.08.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5
01.10.2017	11.09.2017	26.07.2017	<u>A-806 du 19.09.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe B
			Mémorial A-806 du 19.09.2017 rectifié par Mémorial <u>A-938 du 23.10.2017</u> (date de prise d'effet)	
01.12.2017	16.10.2017	13.09.2017	<u>A-948 du 27.10.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B7 Annexe D, listes 6 et 9
01.01.2018	21.12.2016	09.11.2016 et 23.11.2016	<u>A-287 du 27.12.2016 pages 6018-6036</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 56, alinéa 2, phrase finale ajoutée
01.01.2018	08.11.2017	11.10.2017 et 25.10.2017	<u>A-980 du 16.11.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5
01.01.2018	13.12.2017	15.11.2017	<u>A-1096 du 19.12.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Articles 35, 48, 55, 57, 59, 67, 114, 190
01.01.2018	20.12.2017	15.11.2017 et 13.12.2017	<u>A-1129 du 28.12.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Articles 42, 51, 58, 72, 114, 91^{quater} Annexe C, point 1) Annexe K
01.02.2018	13.12.2017	15.11.2017	<u>A-1096 du 19.12.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1, article 2, point 16)

				<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1, N° national M03031804L Annexe A, fichier B4, article 1^{er}
01.03.2018	20.12.2017	13.12.2017	<u>A-1129 du 28.12.2017</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B3 Annexe A, fichier B1, article 2 Annexe A, fichier B3, article 3 Annexe D, listes 6 et 8
01.04.2018	05.02.2018	24.01.2018	<u>A-135 du 19.02.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> Chapitre 8, Liste N°2, N°6 et N°8 Fichier B1, Fichier B2 et Fichier B5
01.05.2018	28.03.2018	21.02.2018	<u>A-236 du 05.04.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4
01.05.2018	11.04.2018	15.11.2017	<u>A-324 du 26.04.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 30 Article 75<i>bis</i> (abrogé) Article 76 (abrogé) Annexe E (supprimé) Intitulé du chapitre 5
01.06.2018	19.04.2018	21.03.2018	<u>A-401 du 23.05.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B2, B3 et B7 Annexe A, fichier B1, article 2 Annexe D, listes 4 et 6 Protocole thérapeutique "Demande de prise en charge par l'assurance maladie du monitoring continu de la glycémie (CGM) - Mise à jour
			Mémorial A-401 du 23.05.2018 rectifié par Mémorial <u>A-448 du 31.05.2018</u> Mémorial A-401 du 23.05.2018 rectifié par	

			<u>Mémorial A-591 du 16.07.2018</u>	
01.06.2018	09.05.2018	18.04.2018	<u>A-402 du 23.05.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, liste 6, point 12
01.07.2018	01.06.2018	16.05.2018	<u>A-492 du 18.06.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.07.2018	27.06.2018	13.06.2018	<u>A-538 du 29.06.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 59, 78, 169, 170, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 185 et 201
			Mémorial A-538 du 29.06.2018 rectifié par <u>Mémorial A-592 du 16.07.2018</u>	
01.08.2018	12.06.2018	30.05.2018	<u>A-488 du 15.06.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
01.08.2018	27.06.2018	13.06.2018	<u>A-538 du 29.06.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B3 et B7
01.08.2018	/	/	/	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle cote d'application de l'échelle mobile des salaires de 814,40 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarifs actuels des articles 29ter, 79, 84, 91ter, 136, 142, 153 et 165 mis à jour
01.09.2018	03.08.2018	11.07.2018	<u>A-739 du 29.08.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.09.2018	03.08.2018	25.07.2018	<u>A-740 du 29.08.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 86, 88, 91bis, 91ter, 91quater, 102 et 142 • Intitulé du chapitre 8 • Annexe A, fichier B3, article 3 • Annexe B, Chapitre 5, positions P5010130 à P5010137 • Annexe D, listes 1 et 6 • Annexe N (nouvelle annexe)

			Mémorial A-740 du 29.08.2018 rectifié par Mémorial A-765 du 03.09.2018	
01.12.2018	24.10.2018	10.10.2018	<u>A-1037 du 12.11.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B7 • Annexe D, listes 1 et 6
01.01.2019	03.12.2018	14.11.2018	<u>A-1118 du 13.12.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 35, 45, 52, 53, 54, 54bis, 65, 82, 142, 154bis, 164 • Chapitre 6 du titre II (nouvel intitulé) • Section 1 du chapitre 6 (nouvel intitulé) • Nouvelle annexe E • Glossaire supprimé • Conseil d'administration (anciennement conseil d'administration)
01.01.2019	18.12.2018	12.12.2018	<u>A-1194 du 27.12.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 169, 173, 174, 186, 188, 201 • Nouveau chapitre 2bis (après article 172) • Nouvelle annexe F • Annexe K
01.02.2019	03.12.2018	14.11.2018	<u>A-1118 du 13.12.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B4 • Annexe D, liste 6
01.02.2019	18.12.2018	12.12.2018	<u>A-1194 du 27.12.2018</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5
01.04.2019	27.02.2019	16.01.2019	<u>A-105 du 04.03.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, listes 2 et 6
01.04.2019	21.03.2019	13.02.2019	<u>A-206 du 29.03.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6 • Conditions particulières applicables au fichier B7 • Annexe A, fichiers B1 et B7
01.05.2019	24.04.2019	13.03.2019	<u>A-281 du 29.04.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B7

01.06.2019	28.05.2019	03.04.2019	<u>A-369 du 29.05.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Articles 39, 55 et 57 • Annexe C, point 11
			Mémorial A-369 du 29.05.2019 rectifié par Mémorial <u>A-374 du 03.06.2019</u>	
01.07.2019	25.06.2019	08.05.2019	<u>A-437 du 25.06.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5 • Annexe D, liste 6
01.08.2019	17.07.2019	05.06.2019	<u>A-521 du 25.07.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6 • Annexe A, fichiers B1 et B3
01.09.2019	17.07.2019	05.06.2019	<u>A-521 du 25.07.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.09.2019	06.08.2019	03.07.2019	<u>A-542 du 12.08.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5
01.12.2019	22.10.2019	18.09.2019	<u>A-739 du 05.11.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B5 et B7 • Annexe D, listes 6 et 9
01.12.2019	15.11.2019	02.10.2019	<u>A-778 du 20.11.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5
01.01.2020	13.12.2019	13.11.2019	<u>A-894 du 24.12.2019</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B5 et B7 • Annexe D, liste 6 • Annexe D, liste 8 (nouveau protocole thérapeutique Veltassa) • Article 154<i>bis</i>
01.02.2020	24.01.2020	11.12.2019	<u>A-36 du 30.01.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1, conditions particulières applicables au fichier B1 • Annexe A, fichiers B1 et B4 • Annexe K
01.04.2020	10.03.2020	29.01.2020	<u>A-162 du 18.03.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 et B7

				<ul style="list-style-type: none"> • Conditions particulières applicables au fichier B7
01.05.2020	07.04.2020	26.02.2020	<u>A-252 du 07.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B7 • Annexe D, liste 6
16.03.2020	14.04.2020	25.03.2020	<u>A-283 du 14.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 35ter (nouvel article) • Article 64
16.03.2020	20.04.2020	01.04.2020	<u>A-314 du 22.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 35ter
16.03.2020	20.04.2020	08.04.2020	<u>A-315 du 22.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 65, alinéa 2 et nouvel alinéa 3
16.03.2020	27.04.2020	15.04.2020	<u>A-336 du 27.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B2, conditions particulières applicables au fichier B2
01.06.2020	14.04.2020	25.03.2020	<u>A-283 du 14.04.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1, conditions particulières applicables au fichier B1
01.05.2020	13.05.2020	22.04.2020	<u>A-391 du 14.05.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, listes 2 et 11
31.07.2020/ 01.08.2020	22.07.2020	27.05.2020	<u>A-630 du 22.07.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Demande de prise en charge par l'assurance maladie du monitoring continu de la glycémie (CGM) - Formulaire de demande mis à jour
01.08.2020	22.07.2020	24.06.2020	<u>A-645 du 28.07.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 • Annexe D, liste 6
31.08.2020	22.07.2020	24.06.2020	<u>A-645 du 28.07.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 (suppressions)
01.09.2020	22.07.2020	24.06.2020	<u>A-645 du 28.07.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1 (non-inscriptions)
01.09.2020	12.08.2020	08.07.2020	<u>A-722 du 27.08.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, listes 6 et 9

01.10.2020	12.08.2020	08.07.2020	<u>A-722 du 27.08.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B4 et B5
30.09.2020	02.09.2020	22.07.2020	<u>A-758 du 07.09.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B4
15.08.2020	26.10.2020	16.09.2020	<u>A-866 du 29.10.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 35ter
31.10.2020/ 01.11.2020	26.10.2020	16.09.2020	<u>A-866 du 29.10.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B2, B4, B5 et B7 Annexe D, liste 6
01.11.2020/ 01.12.2020	05.11.2020	14.10.2020	<u>A-892 du 10.11.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5 Annexe D, liste 6
01.12.2020	26.10.2020	30.09.2020	<u>A-893 du 10.11.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B3
01.12.2020/ 01.01.2021	16.12.2020	11.11.2020	<u>A-1053 du 22.12.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B2, B3, B5 et B7 Annexe A, fichier B2, conditions particulières
25.06.2020	29.12.2020	25.11.2020	<u>A-1094 du 29.12.2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B2, conditions particulières
01.02.2021	14.01.2021	09.12.2020	<u>A-71 du 28.01.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 130 Annexe A, fichiers B1, B2 et B7 Annexe A, fichiers B1 et B2, conditions particulières Annexe D, liste 6
01.03.2021	11.02.2021	13.01.2021	<u>A-153 du 25.02.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B4 Annexe D, liste 6 Annexe K
01.04.2021	11.03.2021	10.02.2021	<u>A-238 du 25.03.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B7 Article 91ter Article 91quinquies
01.04.2021	14.01.2021	09.12.2020	<u>A-257 du 31.03.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe B Annexe M

01.05.2021	08.04.2021	24.02.2021	<u>A-301 du 14.04.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6 • Article 108 • Article 165
01.05.2021	13.04.2021	10.03.2021	<u>A-319 du 23.04.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 8 • Annexe A, fichiers B1, B3, B4, B5 et B7
01.06.2021	05.05.2021	31.03.2021	<u>A-348 du 07.05.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
19.03.2021	12.05.2021	21.04.2021	<u>A-401 du 31.05.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 35ter • Annexe A, fichiers B1 et B7
01.06.2021	31.05.2021	05.05.2021	<u>A-402 du 31.05.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 102
01.07.2021	31.05.2021	05.05.2021	<u>A-402 du 31.05.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
01.07.2021	10.06.2021	19.05.2021	<u>A-450 du 16.06.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
01.08.2021	10.06.2021	02.06.2021	<u>A-451 du 16.06.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B4
01.09.2021	20.07.2021	30.06.2021	<u>A-651 du 31.08.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 et B7 • Annexe D, liste 6
01.11.2021	18.10.2021	29.09.2021	<u>A-743 du 21.10.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B7 • Annexe A, fichier B7, article 2
06.08.2021	25.10.2021	15.09.2021	<u>A-748 du 25.10.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 35ter
01.11.2021	25.10.2021	15.09.2021	<u>A-748 du 25.10.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 91ter • Annexe B, chapitre 6 • Annexe D, listes 2, 6 (Dacepton) et 11
01.12.2021	08.11.2021	13.10.2021	<u>A-798 du 16.11.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5
01.12.2021	29.11.2021	27.10.2021	<u>A-829 du 29.11.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Articles 35 et 35ter
01.01.2022	29.11.2021	27.10.2021	<u>A-829 du 29.11.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 40

01.01.2022	25.10.2021	15.09.2021	<u>A-748 du 25.10.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe K
01.11.2021/ 01.01.2022	02.12.2021	10.11.2021	<u>A-846 du 09.12.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1 et B5 Annexe D, listes 2, 6 et 11
01.01.2022	30.12.2021	08.12.2021	<u>A-946 du 30.12.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 39, alinéa 1^{er} Article 78, alinéa 1^{er}
01.02.2022	14.12.2021	24.11.2021	<u>A-882 du 17.12.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2
01.02.2022	30.12.2021	08.12.2021	<u>A-946 du 30.12.2021</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 1 Annexe A, fichier B1
01.03.2022	23.02.2022	12.01.2022	<u>A-68 du 23.02.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 65, alinéa 1 et 2
01.04.2022	02.03.2022	02.02.2022	<u>A-88 du 07.03.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 6
01.04.2022				<ul style="list-style-type: none"> Adaptations des tarifs repris dans les statuts liés à la tranche indiciaire (index 877,01 à partir du 1^{er} avril 2022)
01.06.2022	18.05.2022	20.04.2022	<u>A-248 du 30.05.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 2 et liste 6
01.07.2022	14.06.2022	18.05.2022	<u>A-296 du 21.06.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichier B1, article 2
01.08.2022	22.07.2022	22.06.2022	<u>A-404 du 28.07.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B3, B5 et B7 Annexe D, listes 2 et 6
01.09.2022	27.07.2022	06.07.2022	<u>A-444 du 09.08.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 6
01.09.2022	16.08.2022	27.07.2022	<u>A-463 du 23.08.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, fichiers B1, B5, et B7 Annexe A, fichier B5, articles 1, 2 et 3 Annexe D, liste 6

01.10.2022	08.09.2022	06.07.2022	<u>A-479 du 12.09.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 136
01.11.2022	06.10.2022	27.07.2022	<u>A-514 du 11.10.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe C
01.11.2022	06.10.2022	14.09.2022	<u>A-513 du 11.10.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichier B1
01.12.2022	14.11.2022	12.10.2022	<u>A-563 du 15.11.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1 et B5, art.2 du fichier B2, art.1 du fichier B5 • Annexe D, liste 6
01.12.2022	28.11.2022	12.10.2022 et 17.11.2022	<u>A-585 du 29.11.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 26, Art. 27, Art. 28, Art. 30 et Art.152bis des statuts de la CNS • Annexe L - Formulaire
01.01.2023	01.12.2022	09.11.2022	<u>A-615 du 08.12.2022</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B2 et B7 • Annexe D, liste 6
01.02.2023	27.01.2023	11.01.2023	<u>A-55 du 28.01.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout Articles 71bis à 71 quater (<i>psychothérapie</i>)
01.02.2023	25.01.2023	14.12.2022	<u>A-56 du 30.01.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 108, Annexe D Liste 2 et liste 6
01.03.2023	27.01.2023	11.01.2023	<u>A-55 du 28.01.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
01.01.2023	13.03.2023	12.10.2022	<u>A-152 du 20.03.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Article 36, alinéa 3
01.04.2023	15.03.2023	14.12.2022	<u>A-159 du 23.03.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe C, Point 3 abrogé
01.02.2023 01.03.2023 01.04.2023	27.03.2023	08.02.2023	<u>A-172 du 28.03.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B2, B4 et B7 • Annexe D, liste 6 • Article 66bis • Article 154bis
01.04.2023 01.05.2023	26.04.2023	08.03.2023	<u>A-213 du 26.04.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, fichiers B1, B4 • Annexe D, liste 6

01.04.2023				<ul style="list-style-type: none"> Adaptations des tarifs repris dans les statuts liés à la tranche indiciaire (index 921,40 à partir du 1^{er} avril 2023)
01.05.2023	26.04.2023	29.03.2023	<u>A-218 du 28.04.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, liste 6 Annexe D, liste 11
01.06.2023	25.05.2023	19.04.2023	<u>A-280 du 05.06.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 174 alinéa 1 et 2 Annexe A, Fichier B1 et B4
01.07.2023	05.06.2023	22.06.2022	<u>A-293 du 13.06.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 82 alinéa 5, alinéa 6 et alinéa 7 Article 132 paragraphe 6, lettre b), point 1° Annexe A, Fichier B6, Partie 3, Intitulé Point 3.2.
01.07.2023	12.06.2023	03.05.2023	<u>A-294 du 13.06.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichier B1
01.08.2023	26.07.2023	07.06.2023	<u>A-464 du 28.07.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichier B1 Annexe B, Chapitre 5 (renouvellement bas de contention) Annexe D, liste 6
01.09.2023	26.07.2023	07.06.2023	<u>A-464 du 28.07.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Articles 35^{ter},36,64,79 et 152
01.09.2023	28.07.2023	19.07.2023	<u>A-491 du 07.08.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D , Liste 4 : Modification Point 3 et 5 et Suppression Point 4 Liste 8 : Suppression Point 1
01.01.2023	08.08.2023	05.07.2023	<u>A-505 du 14.08.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Art.92 et Art.132-137 Annexe A, Fichier B6
01.09.2023	08.08.2023	05.07.2023	<u>A-505 du 14.08.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe D, Liste 6 Annexe A, Fichiers B1 et B4

01.09.2023				<ul style="list-style-type: none"> Adaptations des tarifs repris dans les statuts liés à la tranche indiciaire (index 944,43 à partir du 1^{er} septembre 2023)
01.09.2023	16.10.2023	07.06.2023 et 13.09.2023	<u>A-675 du 20.10.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 64
01.10.2023	01.09.2023	05.07.2023	<u>A-564 du 05.09.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Conditions particulières applicables au fichier B1, article 2 Articles 82, 83 et 170 Annexe I (supprimée)
24.10.2023	16.10.2023	07.06.2023 et 13.09.2023	<u>A-675 du 20.10.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Art.12 et Annexe C
01.11.2023	16.10.2023	07.06.2023 et 13.09.2023	<u>A-675 du 20.10.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Articles 27 et 28 Annexe D, Liste 6 Annexe A, Fichiers B1 et B4
01.12.2023	15.11.2023	13.09.2023	<u>A-744 du 20.11.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Article 54bis Annexe E
01.12.2023	23.11.2023	11.10.2023	<u>A-775 du 27.11.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichier B1 Annexe A, Fichier B2, article 2
01.01.2024	11.12.2023	15.11.2023	<u>A-810 du 19.12.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichier B1 et B7 Annexe D, liste N°6
01.01.2024	21.12.2023	11.10.2023	<u>A-863 du 22.12.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichier B6 Art.133
01.01.2024	21.12.2023	29.11.2023	<u>A-874 du 28.12.2023</u>	<ul style="list-style-type: none"> Articles 36, 39, 40, 41, 43, 142
01.01.2024	24.01.2024	13.12.2023	<u>A-17 du 30.01.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> Art.133 Annexe A, Fichier B6 Annexe K
01.02.2024	24.01.2024	13.12.2023	<u>A-17 du 30.01.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> Annexe A, Fichiers B1, B2 et B5 Annexe D, Liste N°6

01.02.2024	25.01.2024	29.11.2023	<u>A-18 du 30.01.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, Fichier B1
01.03.2024	20.02.2024	10.01.2024	<u>A-77 du 28.02.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, Fichier B1 • Annexe A, Fichier B1, art.2, point 9 • Annexe D, liste 6
01.03.2024	20.02.2024	24.01.2024	<u>A-78 du 28.02.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe D, liste 6
01.04.2024	13.03.2024	07.02.2024	<u>A-129 du 28.03.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, Fichiers B1 et B4 • Annexe D, liste 6
01.05.2024	19.04.2024	06.03.2024	<u>A-160 du 24.04.2024</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe A, Fichiers B1 et B7 • Annexe D, Liste 6 • Art.40