

Full coverage

Contact lenses are reimbursed at 100 % of the conventional tariffs when the conditions of coverage are met. In this case too, the invoice in question must be mandatorily accompanied by the doctor's prescription in order to be reimbursed.

Flat-rate sum

If the insured person does not meet all conditions for full coverage of contact lenses, but meets the conditions for coverage of glasses, the health insurance covers the costs incurred for these contact lenses by means of a flat-rate sum.

The amount of this flat-rate sum comprises:

1. The amount of € 30.00 corresponding to the rate of coverage of a frame,
2. The amount corresponding to the price of the lenses (mineral) which would have been covered if lenses (glasses) had been provided.

In order to be covered by the health insurance, the invoice must provide information about the refraction values of the lenses.

In the event of **successive deliveries** of contact lenses, several invoices may be accumulated until the flat-rate sum described above is matched, **provided that the invoices are presented in one time only.**

Renewal of contact lenses

The renewal term for one contact lens is 3 years, calculated from the date of the last coverage by the health insurance. As is the case with glasses, the term does not apply when a change in dioptre higher than or equal to +/-0.50 is observed.

Further details on www.cns.lu under Insured persons > Health care > Visual aids.

Info letter

Visual aids



The CNS subdivides visual aids into glasses and contact lenses. They are covered according to the conditions set down by the agreement between the Federation of opticians from the Grand Duchy of Luxembourg and the CNS, as well as by the CNS statutes.

Reimbursement of glasses

There are several types of lenses that can be covered by the health insurance under certain conditions: mineral, organic (plastic), tinted or even varifocal lenses.

Mineral and organic lenses can be reimbursed by health insurance without a doctor's prescription, provided that the insured person has a visual deficiency in at least one eye.



www.cns.lu

Vollständige Übernahme

Die Kosten für Kontaktlinsen werden zu 100 % aufgrund der vertraglichen Kassentarife zurückerstattet, sofern alle Rückerstattungsbedingungen erfüllt sind. Auch hier muss der ärztlichen Verordnung in jedem Fall die entsprechende Rechnung beiliegen, damit eine Rückerstattung erfolgen kann.

Pauschale

Falls der Versicherte nicht alle Bedingungen für die vollständige Kostenübernahme von Kontaktlinsen, jedoch die Bedingungen für die Kostenübernahme für ein Brillengestell und Gläser erfüllt, übernimmt die Krankenversicherung die für die Kontaktlinsen entstandenen Kosten in Form eines Pauschalbetrags.

Der Betrag dieser Pauschale setzt sich wie folgt zusammen:

1. ein Betrag in Höhe von dreißig Euro (30,00 €) entsprechend der Kostenübernahme für eine Brillenfassung,
2. ein Betrag entsprechend dem Preis der (mineralischen) Brillengläser, die im Falle einer Brille übernommen worden wären.

Zwecks Geltendmachung bei der Krankenversicherung müssen die

Refraktionswerte der Brillengläser auf der Rechnung angegeben sein.

Im Fall von **aufeinanderfolgenden Lieferungen** von Kontaktlinsen können mehrere Rechnungen bis zur Höhe des vorstehend angegebenen Pauschalbetrags gesammelt werden, **wenn sie gleichzeitig vorgelegt werden.**

Erneuerung von Kontaktlinsen

Die Erneuerungsfrist für Kontaktlinsen beträgt 3 Jahre ab dem Datum der letzten Kostenübernahme durch die Krankenversicherung. Wie bei Brillen gilt diese Frist nicht, wenn eine Veränderung der Dioptrie von +/-0,50 oder mehr festgestellt wird.

Mehr Informationen finden Sie auf www.cns.lu unter Versicherte > Medizinische Versorgung > Sehhilfen.

Caisse nationale de santé

Adresse:
125, route d'Esch
L-2980 Luxembourg

Téléphone:
27 57 - 1

Site:
www.cns.lu

Mail:
cns@secu.lu

Sehhilfen

Die CNS unterteilt die Sehhilfen in Brillen und Kontaktlinsen. Sie werden gemäß den Bedingungen übernommen, die durch das Übereinkommen zwischen der Vereinigung der Optiker des Großherzogtums Luxemburg mit der CNS und den Satzungen der Kasse festgelegt wurden.

Rückerstattung von Brillen

Es gibt mehrere Arten von Gläsern, die von der Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen erstattet werden: mineralische Gläser, organische Gläser (Kunststoff), getönte Gläser oder Gleitsichtgläser.

Mineralische und organische Gläser werden von der Krankenversicherung unter der Voraussetzung, dass der Versicherte auf mindestens einem Auge eine Sehschwäche hat, ohne ärztliche Verordnung übernommen.

Die Zuschläge für **getönte** Gläser werden bei bestimmten Erkrankungen übernommen (z. B. Albinismus, chronische Konjunktivitis...).

Supplements for **tinted** lenses are covered for certain pathologies (for example, albinism, chronic conjunctivitis, etc.).

Two varifocal lenses are covered when the insured person presents one eye with a difference between near and far-sightedness of +2.50 dioptries.

A duly justified doctor's prescription is mandatory for tinted lenses as well as for glasses for children under the age of 14. For the latter, however, a prescription is not required if damaged lenses are being replaced within the first six months of the initial acquisition.

The prescription must be enclosed with the invoice when the request for reimbursement is made.

Frames are covered up to an amount of € 30.00 per frame. In addition to the frames for which the salesperson can freely fix the prices, insured persons have the right to choose between four men's models and four women's models of frames whose price cannot be higher than the amount covered by the health insurance. These frames must be available at all times.

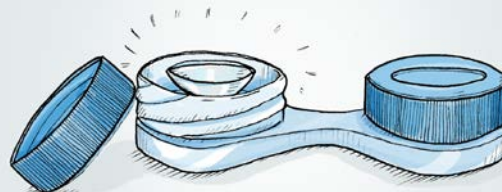


At the time of ordering, the insured person is entitled to ask the service provider to draw up a written estimate of the provisions and services likely to be covered by the health insurance. This document provides information about the end price of the provisions ordered, as well as, subject to fulfilment of the other conditions set down for coverage, about the proportion covered by the health insurance.

Renewal of lenses

For one type of sightedness only (near or far), the health insurance covers only one provision consisting of one frame and one pair of lenses, every three years. If the insured person presents a change in dioptre higher than or equal to +/-0.50 in one eye or distributed across both eyes, this 3-year span does not apply.

However, if the change in dioptre concerns both eyes, the change must be +0.25 in one eye and -0.25 in the other eye in order to be recognised as a change in dioptre of +/-0.50. A change of 0.25 in the same direction in both eyes will not provide entitlement to



reimbursement before expiry of the 3-year renewal term.

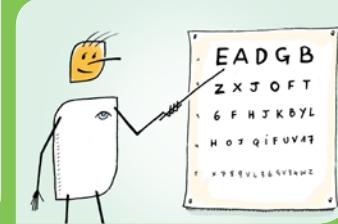
For children under the age of 14, the coverage of glasses is performed without the renewal term. The first pair of glasses (lenses and frame) after completion of the 14th year of age is covered by the health insurance (without medical prescription) and forms the starting point for the first 3-year renewal term.

The starting point for calculating the term is constituted by the date of the most recent coverage performed by the health insurance and not by the date of acquisition.

Reimbursement of contact lenses

Contact lenses are covered by the health insurance in accordance with the conventional tariffs, on the basis of a justified medical prescription in case of certain pathologies listed in the statutes of the CNS.

The request for reimbursement must contain the invoice as well as the doctor's prescription indicating the pathology in question.



Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für zwei Gleitsichtgläser, wenn der Versicherte auf einem Auge zwischen Weit- und Kurzsicht einen Unterschied von +2,50 Dioptrien aufweist.

Eine ordnungsgemäß begründete ärztliche Verordnung ist für getönte Gläser und für Brillen für Kinder unter 14 Jahren erforderlich. Für letztere ist allerdings keine Verordnung nötig, wenn beschädigte Gläser innerhalb der sechs ersten Monate nach dem Erstkauf ersetzt werden.

Die Verordnung muss der Rechnung beim Antrag auf Rückerstattung beiliegen.

Brillengestelle werden bis zu einem Betrag von 30,00 € pro Fassung übernommen. Zusätzlich zu den Brillenfassungen, deren Preis vom Verkäufer frei festgelegt wird, haben die Versicherten die Wahl zwischen vier Herren- und vier Damenmodellen, deren Verkaufspreis den von der Krankenversicherung zurückerstatteten Betrag nicht übersteigen darf. Die versicherte Person hat ein Anrecht auf die permanente Verfügbarkeit dieser Gestelle.

Bei der Bestellung hat der Versicherte das Recht, vom leistungser-

bringenden Geschäft einen schriftlichen Kostenvoranschlag über die Lieferungen und Leistungen, die von der Krankenversicherung übernommen werden sollen, zu verlangen. Dieses Dokument informiert über den finalen Preis der bestellten Ware und vorbehaltlich der Einhaltung der für die Kostenübernahme vorgeschriebenen Bedingungen, über den Kostenanteil der Krankenversicherung.

Erneuerung von Brillen

Die Krankenversicherung übernimmt lediglich alle drei Jahre für eine Fehlsichtigkeit (kurz oder weit) ein Modell, das aus einem Brillengestell und einem Paar Gläsern besteht. Verändert sich beim Versicherten die Dioptrie um +/-0,50 oder mehr auf einem Auge oder zusammen auf beiden Augen, so gilt diese Frist von drei Jahren nicht.

Wenn die Veränderung der Dioptrie beide Augen betrifft, muss sie +0,25 auf einem Auge und -0,25 auf dem anderen Auge betragen, um als Änderung der Dioptrie von +/-0,50 zu gelten. Eine Veränderung von 0,25 Dioptrien in dieselbe Richtung auf beiden Augen gewährt keinen Anspruch auf eine Rückerstattung vor Ablauf der Erneuerungsfrist von 3 Jahren.

Die Kostenübernahme für Brillen bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erfolgt ohne Erneuerungsfrist. Die erste Brille (Gläser und Gestell) nach dem vollendeten 14. Lebensjahr wird von der Krankenversicherung (ohne ärztliche Verordnung) übernommen und bildet den Ausgangspunkt für die Berechnung der ersten Erneuerungsfrist von drei Jahren.

Als Ausgangspunkt für die Berechnung der Frist gilt das Datum der letzten Übernahme durch die Krankenversicherung und nicht das Kaufdatum.

Rückerstattung von Kontaktlinsen

Kontaktlinsen werden von der Krankenversicherung gemäß den vertraglichen Kassentarifen auf Basis einer ordnungsgemäß begründeten ärztlichen Verordnung bei einigen Erkrankungen, die in der Satzung der CNS angeführt sind, übernommen.

Der Antrag auf Rückerstattung muss die Rechnung sowie die ärztliche Verordnung enthalten, in der die betreffende Erkrankung angegeben ist.