



Krankenversicherung und Gesundheitswesen in Luxemburg

Mitgliedschaft



Wie beansprucht man die Krankenversicherung?

Die Anmeldung von Versicherten ist die Hauptaufgabe des Gemeinsamen Zentrums für soziale Sicherheit (CCSS).

Jede Person, die in Luxemburg arbeitet, muss, abhängig von ihrer beruflichen Tätigkeit, über die CNS, die CMFEP, die CMFEC, oder die EMCFL versichert sein. Die Anmeldung erfolgt über den Arbeitgeber (gegebenenfalls den Versicherten selbst, wenn er selbstständig tätig ist). Dieser meldet dem Gemeinsamen Zentrum für soziale Sicherheit die besagte Tätigkeit und das CCSS schickt dem Versicherten dann eine Aufnahmebestätigung in den Versicherungsschutz zu.

Folgende Risiken sind abgedeckt: Krankheit und Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Alter und Invalidität genauso wie Pflegebedürftigkeit.

Der Versicherte erhält eine **Sozialversicherungskarte**, auf der die 13-stellige nationale Identifikationsnummer aufgeführt ist. Sie ist den Leistungserbringern vorzulegen und die Nummer ist bei jeglicher Korrespondenz anzugeben.

Wenn der Versicherte nicht mehr angemeldet ist, erhält er eine Austrittsbestätigung.



<http://www.ccss.lu>

Fortführung des Anspruches

Der Leistungsanspruch auf Gesundheitsfürsorge wird im Prinzip nach dem Versicherungsaustritt während des laufenden Monats und den folgenden 3 Monaten aufrecht erhalten, unter der Bedingung, dass die betroffene Person unmittelbar vor Beendigung der Mitgliedschaft für einen ununterbrochenen Zeitraum von 6 Monaten versichert war.

Grenzgänger

Wenn die in Luxemburg versicherte Person im Ausland wohnhaft ist, sucht sie sich eine Krankenkasse in ihrem Wohnland aus. Die CNS stellt ein internationales Anmeldeformular aus (Bsp. S1, S072, BL1,...), welches die Kasse des Wohnortes für die Anmeldung benötigt.

Für Grenzgänger, die in den „Départements“ 54 und 57 wohnen, wird das Formular S072 unmittelbar an die „Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)“ verschickt. In diesem Fall braucht der Versicherte das S1 Formular nicht anzufordern.

Mitversicherung

Familienmitglieder mitversichern

Die Mitversicherung erfolgt bei der Kasse des Hauptversicherten.

Kinder

Minderjährige oder Personen unter 30 Jahren, die in Luxemburg wohnhaft sind und nicht persönlich versichert sind, können eine Mitversicherung durch den hauptversicherten Elternteil, (der persönlich bei der Krankenkasse versichert ist), in Anspruch nehmen.

Ehepartner/Partner

Für den Ehepartner (Heirat) oder den Partner (PACS) der in Luxemburg wohnhaft ist und nicht persönlich versichert ist, kann die CNS auf Anfrage eine Mitversicherung in die Wege leiten. Wenn der Ehepartner oder Partner erst kürzlich nach Luxemburg gezogen ist, ist ein S041 oder E104 Formular oder ein ähnliches Dokument, ausgestellt von seiner ehemaligen Krankenkasse, bei der CNS vorzuzeigen um zu beweisen, dass er nicht mehr dort versichert ist. Wenn es sich bei dem ehemaligen Wohnsitzland um ein Drittland (ohne bi- oder multilaterales Abkommen mit Luxemburg) handelt, schickt die CNS eine eidesstattliche Erklärung, die vom mitzuversichernden Ehepartner/Partner ausgefüllt werden muss.

Familienmitglieder der Grenzgänger

Die mitzuversichernden Familienmitglieder werden gemäß der Gesetzgebung des Wohnsitzlandes bestimmt. Die zuständige Kasse des Wohnsitzlandes stellt eine Bescheinigung aus die angibt, welche Familienmitglieder in Luxemburg mitversichert werden können. Wenn das mitzuversichernde Familienmitglied keine 13-stellige nationale Identifikationsnummer (Matrikelnummer) in Luxemburg hat, sind der Anfrage eine Haushaltszusammensetzung und eine Geburtsurkunde/Heiratsurkunde/Partnerschaftserklärung beizufügen.



CNS - Service Coassurance et signalétique
coa.cns@secu.lu / Tél. (+352) 2757 4240

<http://www.sante.public.lu/de/urgences-gardes/index.html>

Medizinische Versorgung



An wen wendet man sich, wenn man plötzlich krank wird?

Es wird geraten, sich einen Hausarzt für sich selbst und einen Kinderarzt und/oder einen Hausarzt für sein Kind auszusuchen, der zur ersten Kontaktperson im Krankheitsfall wird. Der Versicherte wendet sich also an erster Stelle an den Hausarzt oder den Kinderarzt. Dieser wird ihn dann weiter orientieren. Wenn der behandelnde Hausarzt einmal nicht verfügbar ist, kann der Versicherte sich an einen anderen Arzt seiner Wahl wenden.

Es wurden **«maisons médicales»** (Ärztgehäuser) errichtet, um die medizinische Versorgung durch den Hausarzt während der Nacht (20h bis 7h), den Wochenenden und den Feiertagen (8h bis 7h) zu ersetzen.

Sie garantieren einen Ersatzdienst, wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Sie bieten einen medizinischen Bereitschaftsdienst, sind jedoch keine Notaufnahme.



Medizinische Notfälle

Man sollte sich nur in die Notaufnahme von Krankenhäusern begeben, wenn man schwer krank wird, eine akute Verletzung oder einen Knochenbruch erleidet.

Pädiatrische Notfälle

Wenn ein Kind schwer krank wird, gibt es eine **«maison médicale pédiatrique»** (pädiatrisches Ärztehaus) oder die pädiatrische Notaufnahme, welche sich beide innerhalb der Kannerklinik im Centre hospitalier du Luxembourg (CHL) befinden. Das Ärztehaus bietet die Versorgung durch Kinderärzte an, das ganze Jahr über von Montag bis Freitag von 19h bis 22h, und an den Wochenenden und Feiertagen von 9h bis 21h. Die pädiatrische Notaufnahme ist 24 Stunden am Tag geöffnet. Die Kinderpoliklinik verwaltet NOTFÄLLE 7 Tage die Woche von 8 bis 20 Uhr. Sie befindet sich im Erdgeschoss des Krankenhauses Kirchberg.

Zahnärztliche Notfälle

Ein Bereitschaftsdienst der Zahnmedizin ist im Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) von Samstag 14 Uhr bis Sonntag 18 Uhr durchgehend zugänglich.

FR

Ce document est disponible en langue
française sur notre site internet
sous la rubrique „Assuré“.

www.cns.lu
cns@secu.lu

EN

This document is available
in English on our website
under „Insured person“.



Zugang zur Gesundheitspflege

Der Leistungserbringer ist für jeden Versicherten **frei wählbar**. Die Gesundheitsfürsorge die der Versicherte erhalten kann ist vielfältig: medizinische Versorgung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlungen, Medikamente usw.

Was sind die Bedingungen?

Damit man ein Anrecht auf die Kostenübernahme durch die Krankenkasse hat, wenn man Leistungen wie Sprechstunden, ärztliche Hausbesuche, medizinische

Versorgung in Anspruch nimmt, müssen diese durch Leistungserbringer erfolgen, die ein Übereinkommen mit der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) unterzeichnet haben. Außerdem müssen die Leistungen von der CNS vorgesehen sein und in einer Nomenklatur der Leistungen oder in einer Tarifliste vermerkt sein.

Einige Leistungen können nur mit einer Genehmigung oder einer vorherigen Genehmigung der Nationalen Krankenkasse (CNS)/des Kontrollärztlichen Dienstes (CMSS) übernommen werden.

Andere Leistungen müssen von der CNS mittels Ausstellung einer Bestätigung der Kostenübernahme validiert werden unter Vorlage einer ärztlichen Verschreibung.

Gesundheitsausgaben



Der Versicherte hat die Rechnung bezahlt

Wenn der Versicherte im Voraus zahlt, genügt es die ordnungsgemäß bezahlten Originalrechnungen oder andere vorausbezahlte medizinische Kosten an seine Kasse zu schicken. Die nationale Identifikationsnummer muss darauf vermerkt sein. Wenn es sich um die erste Rückerstattungsanfrage handelt, sollte der Anfrage eine Bescheinigung der Bankverbindung (RIB) beigefügt werden. Die Zusendung jeglicher Post an die CNS ist innerhalb von Luxemburg portofrei.

CNS – Service Remboursements nationaux – L-2980 Luxembourg



Tél. (+352) 2757 - 4260 (Remboursements nationaux)
<http://cns.public.lu/de/assure/vie-privee/depenses-sante.html>

Leistungen die im Wohnsitzland des Grenzgängers erbracht wurden

Für die Grenzgänger, fällt die Kostenübernahme der in diesem Land erbrachten Gesundheitsversorgung in den Zuständigkeitsbereich der Kasse dieses Landes.

Kosten die direkt durch das Drittzahlersystem übernommen werden

Für gewisse Leistungen werden die Kosten direkt zwischen Dienstleister/Lieferant und der CNS abgerechnet. Es handelt sich insbesondere um Arzneimittelkosten, Krankenhauskosten, Kosten für Krankengymnastik, Laborkosten, usw.

In diesen Fällen muss der Versicherte nur den Teil der Kosten übernehmen, der nicht von der Krankenversicherung gedeckt wird, d. h. seine satzungsgemäße Selbstbeteiligung.

Im Krankhausbereich

Im Krankhausbereich werden die Aufenthaltskosten des Versicherten direkt von der Krankenversicherung übernommen.

Zu zahlen bleibt eine tägliche Selbstbeteiligung des Versicherten (Ausnahme: Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres).

Jeder konsultierte Arzt stellt seine eigenen Honorarrechnungen aus. Der Versicherte muss die Kosten vorstrecken und den Antrag auf Rückerstattung an die CNS senden. In einigen Fällen kann die Kostenübernahme direkt durch das Drittzahlersystem erfolgen.

Die zusätzlichen Kosten für die 1. Klasse werden von der CNS nicht übernommen.

Wenn der Versicherte eine Zusatzversicherung abschließen möchte, kann er sich an einen privaten Versicherungsträger wenden.

Medikamente

Medikamente werden nur unter Vorlage einer originalen ärztlichen Verschreibung herausgegeben.

Bei jeglicher Sprechstunde oder ärztlichem Hausbesuch kann jeweils immer nur eine Verschreibung ausgestellt werden, Ausnahmen vorbehalten. Die Medikamente sind auf einer **Positivliste** vermerkt.

Bedarf an besonderer Pflege, speziellen Bedarfsmitteln oder Medikamenten

Die CNS ist zuständig für die Validierung von Verschreibungen und das Ausstellen von Bestätigungen der Kostenübernahme für bestimmte Leistungen, wie Krankengymnastik, Logopädie oder Psychomotorik, genauso wie für einige Bedarfsmittel oder Medikamente..



Arbeitsunfähigkeit

Bei Arbeitsunfähigkeit hat der Gehaltsempfänger Anspruch auf Fortzahlung seines Gehalts seitens des Arbeitgebers und dies bis zum Ende des Kalendermonats in dem sich der 77 Tag der Arbeitsunfähigkeit befindet, gerechnet über eine Referenzperiode von 18 aufeinanderfolgenden Kalendermonaten.

Ab dem darauffolgenden Monat des 77. Tages der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld von der CNS ausgezahlt. Dieses Anrecht ist auf eine Maximaldauer von 78 Wochen für eine Referenzperiode von 104 Wochen begrenzt.

Spätestens am 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit muss der Versicherte der CNS die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zukommen lassen (es gilt das Datum des Poststempels).



CNS – Service Gestion des indemnités pécuniaires – L-2979 Luxembourg

<http://cns.public.lu/de/assure/vie-professionnelle/arret-de-travail.html>

MyGuichet.lu

ist die interaktive gesicherte Plattform von Guichet.lu. Sie erlaubt es Verwaltungsverfahren auf elektronischem Wege durchzuführen. Es ist möglich, den Stand der noch verbleibenden Urlaubstage aus familiären Gründen einzusehen und es können verschiedene Bescheinigungen wie z.B. die Ersatzbescheinigung der Europäischen Krankenversicherungskarte oder eine Mitversicherungsbescheinigung beantragt werden.



Mutterschaft

Der Anspruch auf Mutterschaftsurlaub setzt eine Versicherungs-Mitgliedschaft von mindestens 6 Monaten innerhalb der 12 dem Mutterschaftsurlaub vorausgehenden Monaten voraus.

Die Dauer des vorgeburtlichen Urlaubs beträgt 8 Wochen vor dem für die Geburt errechneten Termin. Die Dauer des nachgeburtlichen Urlaubs beträgt 12 Wochen nach dem tatsächlichen Datum der Entbindung.

Erfolgt die Geburt vor dem errechneten Zeitpunkt, wird der Teil des Schwangerschaftsurlaubs, der nicht in Anspruch genommen wurde, zum nachgeburtlichen

Urlaub hinzugefügt. Die Gesamtdauer des Mutterschaftsurlaubs darf 20 Wochen nicht überschreiten. Erfolgt die Geburt nach dem errechneten Zeitpunkt, wird das Beschäftigungsverbot für die entbundene Frau verlängert, ohne dass die Dauer des nachgeburtlichen Urlaubs verkürzt werden darf.

Der Antrag für Mutterschaftsurlaub erfolgt mittels eines ärztlichen Attests mit Angabe des voraussichtlichen Zeitpunkts der Geburt, welches innerhalb der letzten 12 Wochen der Schwangerschaft auszustellen ist.



CNS – Service Gestion des indemnités pécuniaires – L-2979 Luxembourg

<http://cns.public.lu/de/assure/vie-privee/enfant-maternite.html>