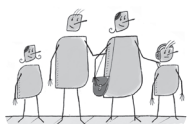




Assurance maladie et soins de santé au Luxembourg



Affiliation

Comment bénéficier de l'assurance maladie?

Le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) a comme mission principale l'affiliation des assurés.

Toute personne travaillant au Luxembourg doit obligatoirement être affiliée, en fonction de son occupation, auprès de la CNS, la CMFEP, la CMFEC ou l'EMCFL. L'affiliation se fait par son employeur (qui est éventuellement la même personne que l'assuré, s'il est indépendant) qui déclare son activité au Centre commun de la sécurité sociale, lequel envoie à l'assuré une confirmation de son affiliation à la sécurité sociale. Les risques couverts sont les suivants: maladie-maternité, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse et invalidité ainsi que dépendance.

L'assuré reçoit une **carte de sécurité sociale** qui porte le numéro national d'identification à 13 chiffres. Elle est à présenter aux prestataires et le numéro est à indiquer lors de toute correspondance.

Lorsque l'assuré n'est plus affilié, il reçoit une confirmation de la fin de son affiliation.



<http://www.ccss.lu>

Maintien du droit

Le droit aux prestations de soins de santé est en principe maintenu après désaffiliation durant le mois en cours et les 3 mois suivants, à condition que la personne concernée ait été assurée pendant une période continue de 6 mois immédiatement avant la cessation de l'affiliation.

Frontaliers

Si l'affilié luxembourgeois réside à l'étranger, il choisit une caisse dans son pays de résidence. La CNS émet le formulaire d'inscription international (ex. S1, S072, BL1, ...) nécessaire à cette caisse pour l'inscription.

Pour les frontaliers qui résident dans les départements 54 et 57, le formulaire S072 est envoyé directement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). L'assuré n'a donc pas besoin de demander le formulaire S1.

Coassurance

Coassurer des membres de famille

La coassurance se fait auprès de la caisse de l'assuré principal.

Enfants

Tout mineur ou enfant âgé de moins de 30 ans, résidant au Luxembourg et ne disposant pas d'une affiliation personnelle, peut bénéficier de la coassurance dans le chef de l'affiliation du parent affilié à titre personnel à l'assurance maladie.

Conjoint/partenaire

Pour le conjoint (mariage) ou partenaire (PACS) résidant au Luxembourg et qui n'est pas affilié personnellement, la CNS procède à la coassurance sur demande. Si le conjoint ou partenaire à co-assurer a récemment déménagé au Luxembourg, un formulaire S041 ou E104 ou similaire émis par l'ancienne caisse de maladie avant son arrivée au Luxembourg et prouvant qu'il n'y est plus affilié est à présenter à la CNS. Si l'ancien pays d'affiliation est un pays tiers non-lié par convention au Luxembourg, la CNS envoie une attestation sur l'honneur à remplir par le membre de famille à co-assurer.

Les membres de famille des travailleurs frontaliers

Les membres de famille à co-assurer sont déterminés par la législation du pays de résidence. La caisse de maladie compétente du pays de résidence émet une attestation indiquant les membres de famille à co-assurer au Luxembourg. Si le membre de famille à co-assurer ne dispose pas de numéro d'identification à 13 chiffres au Luxembourg, une composition de ménage ainsi qu'un acte de naissance/acte de mariage/déclaration de partenariat sont à joindre à la demande.



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



Soins médicaux

Où s'adresser lorsqu'on tombe soudainement malade?

Il est conseillé de choisir un **médecin généraliste** pour soi et un pédiatre et/ou médecin généraliste pour son enfant qui sera la première personne de contact en cas de maladie. L'assuré s'adresse alors au médecin généraliste ou au pédiatre en premier lieu. Celui-ci l'orientera par la suite. Si le médecin habituel n'est pas disponible, l'assuré peut contacter un autre médecin de son choix.

Les **maisons médicales** ont été mises en place afin d'assurer un service de remplacement des médecins généralistes pour les soins de nuit (20h à 7h), les week-ends et les jours fériés (8h-7h). Elles assurent un service de remplacement lorsque les cabinets médicaux sont fermés. Elles offrent une permanence médicale, mais ne sont pas des services d'urgence.



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

Urgences médicales

Il faut se rendre uniquement dans un des services d'urgences des hôpitaux lorsqu'on tombe gravement malade, pour une blessure aiguë, fracture, ...

Urgences pédiatriques

Lorsqu'un enfant tombe gravement malade, il existe la **maison médicale pédiatrique** ou, en deuxième ressort, le service d'urgence pédiatrique, tous les deux situés au sein de la Kannerklinik au Centre hospitalier du Luxembourg (CHL). La maison médicale propose des soins par des médecins pédiatres, du lundi au vendredi de 19h à 22h pendant toute l'année et les week-ends et jours fériés de 9h à 21h. Le service des urgences pédiatriques est ouvert tous les jours 24/24. La **Polyclinique Pédiatrique** gère les URGENCES 7j/7 de 8h à 20h. Elle se situe au rez-de-chaussée de l'Hôpital Kirchberg.

Urgences dentaires

Un service de garde en médecine dentaire fonctionne en continu au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) du samedi 14 heures au dimanche 18 heures.

DE

Dieses Dokument finden Sie in deutscher Sprache auf unserer Internetseite in der Rubrik „Versicherte“.

www.cns.lu
cns@secu.lu

EN

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



Accès aux soins de santé

L'assuré a le **libre choix** du prestataire de soins.

Les soins de santé que l'assuré peut obtenir sont variés: soins médicaux, soins dentaires, soins hospitaliers, médicaments etc.

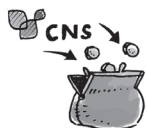
Quelles sont les conditions ?

Pour que des prestations comme les consultations, les visites, les actes, les services médicaux et de soins donnent droit à une prise en charge par la caisse

de maladie, celles-ci doivent être fournies par des prestataires qui ont signé une **convention** avec la Caisse nationale de santé (CNS), être prévues par la **CNS** et être inscrites dans une **nomenclature** des actes ou une liste des tarifs.

Certains actes ou services ne peuvent être pris en charge que sur autorisation ou autorisation préalable de la Caisse nationale de santé (CNS), sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

D'autres actes et services doivent être validés par la CNS par l'émission d'un titre de prise en charge sur présentation d'une ordonnance médicale.



Dépenses de santé

L'assuré a payé le mémoire d'honoraires

Lorsque l'assuré a fait l'avance des frais, il suffit de transmettre les originaux des mémoires d'honoraires ou autres frais médicaux avancés, dûment acquittés, à sa caisse. Le numéro national d'identification doit être indiqué. S'il s'agit de la première demande de remboursement, un relevé d'identité bancaire (RIB) est à joindre à la demande. Pour les envois à la CNS depuis le Luxembourg, l'assuré n'a pas besoin d'apposer de timbre sur l'enveloppe.



CNS – Service Remboursements nationaux – L-2980 Luxembourg

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

Soins reçus dans le pays de résidence d'un travailleur frontalier

Pour les travailleurs frontaliers, la caisse du pays de résidence est compétente pour la prise en charge des soins de santé délivrés dans ce pays.

Frais directement pris en charge par le système du tiers-payant

Pour certains types de soins, les frais sont réglés directement entre le prestataire/fournisseur et la CNS. Il s'agit notamment de frais pharmaceutiques, frais hospitaliers, frais de kinésithérapie, frais de laboratoires etc.

Dans ce cas, l'assuré est tenu de payer uniquement la partie des frais qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, c.-à-d. sa participation statutaire personnelle.

En milieu hospitalier

En milieu hospitalier, les frais de séjour des assurés sont directement couverts par l'assurance maladie.

Il restera une participation journalière à payer par l'assuré (exception: enfants de moins de 18 ans accomplis).

Cependant, chaque médecin consulté établit ses propres mémoires d'honoraires. L'assuré doit avancer les frais et envoyer la demande de remboursement à sa caisse. Dans certains cas, la prise en charge peut se faire par le système du tiers payant.

L'assurance maladie ne couvre pas les suppléments pour la 1^{ère} classe.

Si l'assuré souhaite s'assurer de manière complémentaire, il peut s'adresser à un assureur privé.

Médicaments

Les médicaments ne sont délivrés que sur présentation d'ordonnances originales. Sauf exceptions, chaque consultation ou visite ne peut donner lieu qu'à une seule ordonnance. Les médicaments figurent sur une **liste positive**.

Le besoin de soins, fournitures ou médicaments spécifiques

La CNS s'occupe de la validation des ordonnances et de l'émission des **titres de prise en charge** pour certains soins comme la kinésithérapie, l'orthophonie ou les psychomotriciens, certaines fournitures ou médicaments.



L'incapacité de travail

En cas d'incapacité de travail, le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur et ce jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^e jour d'incapacité de travail calculé sur une période de référence de 18 mois de calendrier successifs. Ensuite, à partir du mois suivant le 77^e jour de maladie l'indemnité pécuniaire est versée par la CNS. Ce droit est limité à un total de 78 semaines pour une période de référence de 104 semaines.

Le certificat de maladie doit être adressé à la Caisse nationale de santé au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail (le cachet postal fait foi).



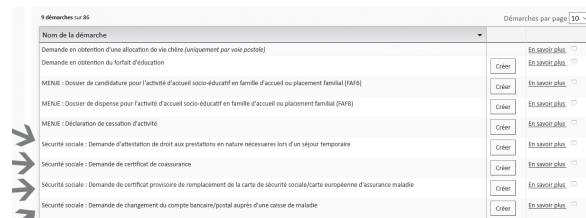
CNS – Service Gestion des indemnités pécuniaires – L-2979 Luxembourg

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

MyGuichet.lu

est la plateforme interactive sécurisée de

Guichet.lu. Elle permet d'effectuer des démarches administratives par voie électronique. Il est possible d'y consulter son solde de jours de congé pour raisons familiales, ou de commander divers certificats tels que le certificat provisoire de remplacement de la carte de sécurité sociale ou le certificat de coassurance.



La maternité

Le congé de maternité est subordonné à l'accomplissement d'un stage d'affiliation à titre obligatoire pendant 6 mois au moins au cours des 12 mois précédant le début du congé de maternité.

Le congé prénatal est de 8 semaines avant le terme prévu de l'accouchement.

Le congé postnatal est de 12 semaines après la date effective de l'accouchement. Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal sans que

la durée totale du congé de maternité ne puisse excéder 20 semaines; si l'accouchement a lieu après la date présumée, l'interdiction d'occuper la femme ayant accouché est prolongée sans que la durée du congé postnatal puisse être réduite.

La demande d'octroi du congé se fait moyennant un certificat médical indiquant le terme prévu de l'accouchement, à établir endéans les 12 dernières semaines de la grossesse.



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

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