

Method of payment

Third-party payment (if the dietitian requested validation)

Under the third-party payment system, the insured person pays the dietitian only the part for which he is responsible (the part that is not refunded by health insurance). The CNS covers the rest directly.

Advance of costs (if the insured person requested validation)

In this case, at the end of the treatment, the dietitian presents an invoice to the insured person showing the total amount to be paid, i.e. the portion to be covered by health insurance as well as any part to be paid by the insured person. After payment, the insured person requests a reimbursement with their competent fund (CNS or public sector health fund).

Zahlungsart

Drittzahlersystem (wenn der Ernährungsberater den Antrag gestellt hat)

Im Rahmen des Drittzahlersystems zahlt der Versicherte nur seinen Eigenanteil an den Ernährungsberater (den Teil, der nicht von der Krankenkasse übernommen wird), die CNS übernimmt den Restbetrag direkt.

Vorauszahlung der Kosten durch den Versicherten (wenn der Versicherte den Antrag gestellt hat)

In diesem Fall legt der Ernährungsberater der versicherten Person am Ende der Behandlung eine Rechnung mit dem zu zahlenden Gesamtbetrag vor, d. h. der Anteil zu Lasten der Kasse und der Anteil, den der Versicherte gegebenenfalls selbst übernehmen muss. Nach der Zahlung beantragt der Versicherte bei seiner zuständigen Kasse (der CNS oder der Krankenkasse des öffentlichen Sektors) die Rückerstattung des Anteils zu Lasten der Kasse.

Coverage rate

The acts and services listed in the dietitians' nomenclature are covered at the rate of 88% provided that these acts are prescribed to a person who presents one of the pathologies provided for in Annex E of the CNS statutes.

By derogation, the coverage rate is 100% when the insured person has not reached the age of 18 years on the issuance date of the medical prescription.

Further information / Mehr dazu

www.cns.lu > Insured person > Private life > Reimbursed services > Paramedical services > Dietitian
www.cns.lu > Versicherte > Privatleben > Erstattete Leistungen > Paramedizinische Leistungen > Ernährungsberater

Erstattungssatz

Die in der Nomenklatur der Ernährungsberater aufgeführten Leistungen werden zu einem Rückerstattungssatz von 88% übernommen, sofern diese Leistungen einer Person verschrieben werden, die an einer der in Anhang E der Satzungen vorgesehenen Krankheiten leidet.

Abweichend davon beträgt der Erstattungssatz 100%, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verschreibung das Alter von 18 Jahren nicht erreicht hat.

Caisse nationale de santé

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

Téléphone:
27 57 - 1

Mail:
cns@secu.lu

Site:
www.cns.lu

Info letter

Dietitian

Health insurance covers acts delivered by a dietitian if they have been prescribed by a doctor and if the insured person suffers from one of the conditions for which coverage is provided.



Course of treatment

The dietary treatment consists of an **initial dietary treatment** including:

- one initial consultation about the person's medical history and a nutritional assessment (minimum duration of 60 minutes)
- one consultation to provide advice and documentation, (presentation of the nutritional plan, minimum duration of 30 minutes)

Ernährungsberater

Die Krankenversicherung übernimmt Leistungen, die von einem Ernährungsberater durchgeführt werden, wenn sie von einem Arzt verschrieben wurden und wenn der Versicherte an einer der Krankheiten leidet, für die eine Kostenübernahme vorgesehen ist.

Ablauf der Behandlung

Die diätetische Behandlung besteht aus einer **initialen diätetischen Behandlung**, die Folgendes beinhaltet:

- eine erste Sprechstunde mit Anamnese und Ernährungsbilanz (Mindestdauer von 60 Minuten)
- eine Sprechstunde mit Dokumentation (Übergabe des Ernährungsplans, Mindestdauer von 30 Minuten)
- vier Folgegespräche im Rahmen der Erstbehandlung (Mindestdauer von 30 Minuten)

Eine **Verlängerung der diätetischen Behandlung** ist auf ärztliche Verordnung möglich. Diese Verlängerung umfasst vier Folgegespräche (Mindestdauer 30 Minuten).

- four follow-up consultations as part of an initial treatment (minimum duration of 30 minutes)

An **extension of the dietary treatment** is possible with a prescription. This extension includes four follow-up consultations (minimum duration of 30 minutes).

Conditions of coverage

Specific pathology

The insured person must have one of the pathologies provided for in the CNS statutes.

Medical prescription

Services delivered by dietitians are only covered by the CNS if they are provided following an original and prior medical prescription.

The prescription should indicate:

- the code or wording of the nomenclature relating to the prescribed acts;
- the pathology or pathologies justifying the coverage of dietary care;
- if applicable, the precise number of consultations.

Limitations

The CNS only covers one initial dietary treatment per pathology every three years. With a medical prescription, each initial treatment can be extended only once.

The extension of dietary treatment is only covered:

- if the initial treatment is completed;
- if less than three years have passed since the beginning of the initial treatment. After this period, a new initial treatment may be requested.

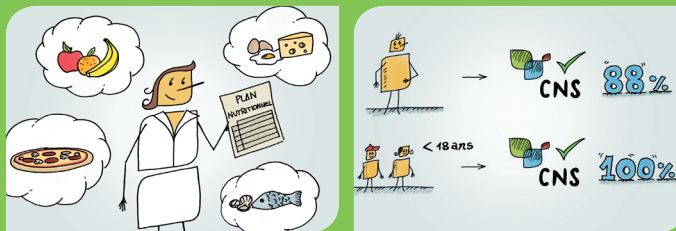
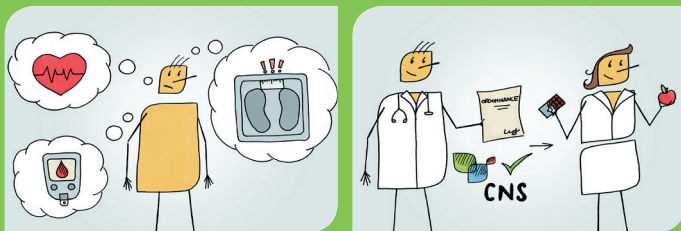
Validation of the prescription and certificate of coverage

The medical prescription must be validated by the CNS. This validation must be requested within 90 days of the prescription's issuance. Through this validation, the CNS issues a certificate of coverage.

Either the dietitian or the insured person can request this validation from the CNS.

Validation requested by the dietitian: If the insured person submits the medical prescription directly to the dietitian, the latter enters the information provided on the prescription into a dedicated software and sends it to the CNS within the required time limit.

Validation requested by the insured person: If the insured person requests validation, they must send the original medical prescription by post to the CNS within the required deadline.



Bedingungen der Kostenübernahme

Spezifische Krankheit

Der Versicherte muss unter einer der in den CNS-Satzungen vorgesehenen Krankheiten leiden.

Ärztliche Verschreibung

Die von dem Ernährungsberater erbrachten Leistungen werden nur mittels vorheriger ärztlicher Verschreibung von der Krankenkasse übernommen.

Im Allgemeinen muss Folgendes auf der Verschreibung angegeben sein:

- der Code oder der Wortlaut der Nomenklatur für die verschriebenen Leistungen;
- die Pathologie(n), die die Kostenübernahme rechtfertigt;
- gegebenenfalls die genaue Anzahl der Sprechstunden.

Einschränkungen

Die CNS übernimmt nur eine initiale diätetische Behandlung pro Krankheit alle drei Jahre. Jede Erstbehandlung kann auf ärztliche Verordnung nur einmal verlängert werden.

Die Verlängerung der diätetischen Behandlung wird nur übernommen:

- wenn die Erstbehandlung abgeschlossen ist;
- wenn seit Beginn der Erstbehandlung weniger als drei Jahre vergangen sind. Nach Ablauf dieser Frist kann eine neue Erstbehandlung angefragt werden.

Validierung der Verschreibung und Bestätigung der Kostenübernahme

Nach Erhalt der ärztlichen Verschreibung muss diese innerhalb von 90 Tagen nach ihrer Ausstellung von der CNS validiert werden. Durch diese Validierung erstellt die CNS eine Kostenübernahmebestätigung.

Die Validierung kann entweder vom Ernährungsberater oder von der versicherten Person selbst bei der zuständigen Abteilung der CNS beantragt werden.

Wenn der Antrag auf Validierung vom Ernährungsberater gestellt wird: Der Versicherte legt dem Ernährungsberater direkt die ärztliche Verschreibung vor. Dieser gibt die Angaben auf der Verschreibung in eine spezielle Software ein und sendet sie innerhalb der vorgeschriebenen Frist an die CNS.

Wenn der Antrag auf Validierung vom Versicherten gestellt wird: Der Versicherte muss das Original der ärztlichen Verschreibung innerhalb der vorgeschriebenen Frist per Post an die CNS senden.