

Si la demande de validation est faite par l'assuré: l'assuré doit envoyer l'ordonnance médicale originale par voie postale à la CNS dans le délai imposé.

Mode de paiement

Système du tiers payant (si le diététicien a fait la demande)

Dans le cadre du système du tiers payant, l'assuré paie au diététicien uniquement la partie à sa propre charge (la partie qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie), la CNS prend en charge directement le reste.

Avance des frais (si l'assuré a fait la demande)

Dans ce cas, le diététicien présente à la fin du traitement une facture à l'assuré reprenant le montant total à payer, c'est-à-dire la part à charge de l'assurance maladie ainsi que la part éventuelle à charge de l'assuré. Après paiement, l'assuré demande lui-même à sa caisse compétente (CNS ou caisse de maladie du secteur public) le remboursement de la part à charge de l'assurance maladie.

Modo de pagamento

Sistema do terceiro pagador (caso o dietista tenha enviado o pedido)

No âmbito do sistema do terceiro pagador, o segurado apenas paga ao dietista a parte que lhe compete, ou seja, a parte que não é reembolsável pelo seguro de saúde. A CNS cobre diretamente o resto.

Sistema do terceiro pagador (caso o segurado tenha enviado o pedido)

Neste caso, no final do tratamento, o dietista entrega ao segurado uma fatura com o montante total a pagar, ou seja, a parte que compete ao seguro de saúde bem como a parte que eventualmente esteja a cargo do segurado. Após o pagamento, o segurado solicita à sua caixa competente (CNS ou caixa de seguro de saúde do setor público) o reembolso da parte a cargo da mesma.

Taux de prise en charge

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge au taux de 88%, pour autant que ces actes soient prescrits à une personne qui présente une des pathologies prévues à l'annexe E des statuts.

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

Pour en savoir plus / Mais informações

www.cns.lu > Assuré > Vie privée > Prestations remboursées > Prestations paramédicales > Diététicien

Taxas de cobertura

Os atos e serviços incluídos na nomenclatura dos dietistas são cobertos na proporção de 88%, desde que sejam prescritos a uma pessoa que apresente uma das patologias previstas no anexo E dos estatutos.

Por derrogação, a taxa de cobertura é de 100% se o segurado não tiver atingido os 18 anos de idade na data de emissão da prescrição.

Caisse nationale de santé

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

Téléphone:
27 57 - 1

Mail:
cns@secu.lu

Site:
www.cns.lu

Diététicien

L'assurance maladie prend en charge les actes prestés par un diététicien s'ils ont été prescrits par un médecin et si l'assuré est atteint de l'une des pathologies pour laquelle la prise en charge est prévue.



Déroulement du traitement

Le traitement diététique consiste en un **traitement diététique initial** comprenant:

- une consultation initiale avec anamnèse et bilan nutritionnel (durée minimale de 60 minutes)
- une consultation de conseil et documentation (remise du plan nutritionnel, durée minimale de 30 minutes)

Dietista

O seguro de saúde cobre os atos realizados por um dietista se tiverem sido prescritos por um médico e se o segurado tiver uma das patologias para as quais está prevista a cobertura.

Tratamento

O tratamento dietético consiste num **tratamento dietético inicial** composto por:

- uma consulta inicial com análise do historial clínico e avaliação nutricional (duração mínima de 60 minutos).
- uma consulta de aconselhamento e documentação (entrega do plano nutricional, duração mínima de 30 minutos).
- quatro consultas de acompanhamento no quadro do tratamento inicial (duração mínima de 30 minutos).

Uma **continuação do tratamento dietético** é possível mediante receita médica. Esta extensão inclui quatro consultas de acompanhamento (duração mínima de 30 minutos).

- quatre consultations de suivi dans le cadre d'un traitement initial (durée minimale de 30 minutes)

Une **prolongation du traitement diététique** est possible sur prescription. Cette prolongation comprend quatre consultations de suivi (durée minimale de 30 minutes).

Conditions de prise en charge

Pathologie spécifique

L'assuré doit présenter l'une des pathologies prévues par les statuts de la CNS.

Ordonnance médicale

Les prestations délivrées par le diététicien ne sont prises en charge par la CNS que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale originale et préalable.

D'une façon générale, l'ordonnance doit indiquer:

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits;
- la ou les pathologies justifiant la prise en charge des soins de diététique;
- le cas échéant, le nombre précis de consultations.

Limitations

La CNS ne prend en charge qu'un traitement diététique initial par pathologie tous les trois ans. Chaque traitement initial peut, sur ordonnance médicale, être prolongé une seule fois.

La prolongation du traitement diététique n'est prise en charge que:

- si le traitement initial est terminé;

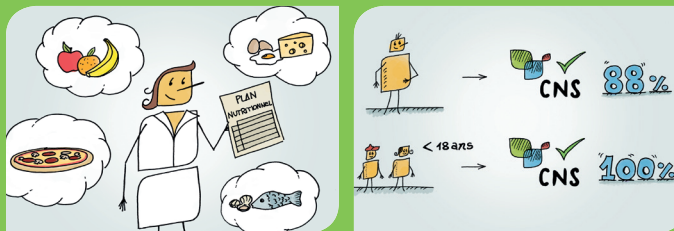
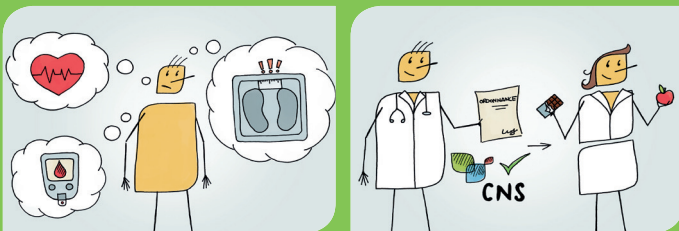
- si moins que trois années se sont écoulées depuis le début du traitement initial. Au-delà de ce délai, un nouveau traitement initial peut être demandé.

Validation de l'ordonnance et titre de prise en charge

Après avoir reçu l'ordonnance médicale, celle-ci doit être validée auprès de la CNS dans le délai de 90 jours de son émission. Cette validation se matérialise par un titre de prise en charge.

La validation peut être demandée soit par le diététicien, soit par l'assuré lui-même auprès de la Caisse nationale de santé.

Si la demande de validation est faite par le diététicien: l'assuré présente l'ordonnance médicale directement au diététicien. Ce dernier saisit les informations figurant sur l'ordonnance dans un logiciel spécialisé et les transmet à la CNS dans le délai imposé.



Condições de cobertura

Patologia específica

O segurado deve ter uma das patologias previstas nos estatutos da CNS.

Prescrição médica

As consultas dadas pelo dietista apenas são cobertas pela CNS se forem dadas com base numa prescrição médica original e prévia.

De uma forma geral, a prescrição deve indicar:

- o código ou a designação da nomenclatura que diz respeito aos atos prescritos;
- a patologia ou patologias que justificam a cobertura dos cuidados dietéticos;
- caso se aplique, o número específico de consultas.

Limitações

A CNS apenas cobre um tratamento dietético inicial por patologia a cada três anos. Cada tratamento inicial pode, segundo prescrição médica, ser prolongado uma única vez.

O prolongamento do tratamento dietético apenas é coberto:

- se o tratamento inicial tiver chegado ao fim;
- se decorreram menos de três anos desde o início do tratamento inicial. Findo este prazo, poderá ser solicitado um novo tratamento inicial.

Validação da prescrição e título de cobertura

A prescrição médica deve ser validada junto da CNS. Esta validação deve ser solicitada no prazo de 90 dias após a data de emissão da prescrição. Esta validação assume a forma de um título de cobertura.

A validação pode ser solicitada pelo dietista ou pelo próprio segurado junto da Caixa Nacional de Saúde.

Se o pedido de validação for feito pelo dietista: O segurado apresente a prescrição médica diretamente ao dietista. Este último pode introduzir as informações que constam da prescrição num programa informático especializado e transmiti-las à CNS no prazo estabelecido.

Se o pedido de validação for feito pelo segurado: O segurado deve enviar a prescrição médica original por correio postal para a CNS no prazo estabelecido.