

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)
- 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 écoulés depuis le début du traitement initial. Au-delà de ce délai, un nouveau traitement initial peut être demandé.

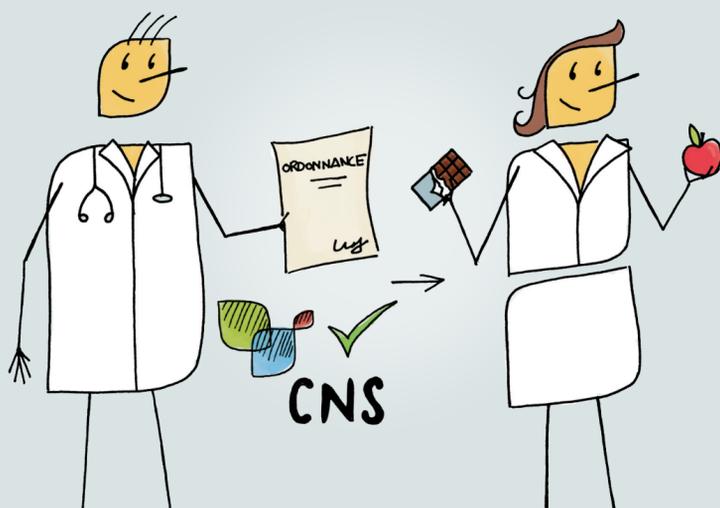
Validation de l'ordonnance et titre de prise en charge

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.

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.

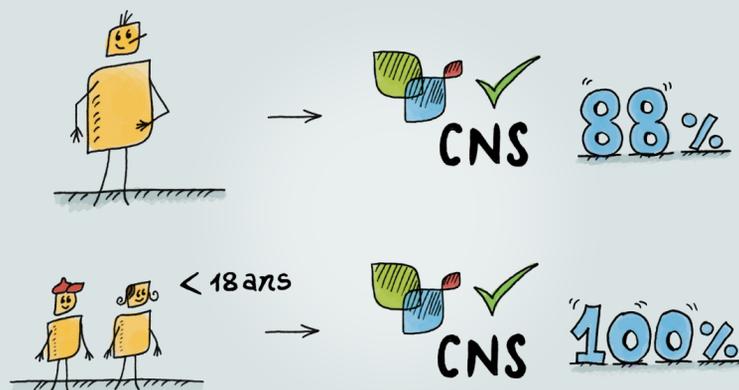
Avance des frais (si l'assuré a fait la demande)

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.

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 :

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