

- porter le numéro matricule, le nom et prénom de l'assuré et le numéro du titre de prise en charge;
- être valablement acquittée;
- être accompagnée de l'ordonnance médicale.

Qu'est-ce qui est pris en charge ?

Le taux de prise en charge des frais est fixé à 70 % pour les actes liés à une pathologie courante. Les traitements dans le cadre d'une pathologie lourde ou d'une rééducation post-chirurgicale, ainsi que les traitements d'enfants de moins de 18 ans sont pris en charge à 100%.

Attention: certains suppléments pour lesquels la convention des kinésithérapeutes prévoit une facturation ne sont pas pris en charge (tel qu'un rendez-vous non décommandé).

Comment se déroulent les séances ?

Le kinésithérapeute peut adapter la fréquence des séances et les techniques utilisées (massages, électrothérapie, ...) aux besoins du patient et à l'évolution de sa pathologie.

Il existe des normes de qualités à respecter par le kinésithérapeute. Ces normes prévoient des critères relatifs à l'infrastructure (salle d'attente, surface minimale des salles de soins, affichage obligatoire de certaines informations) et des critères qui concernent les

prestations (interdiction de traiter plusieurs patients simultanément, définition du contenu des dossiers du patient, durée minimale des séances de 20 minutes, ...).

Est-ce que les frais de déplacement du kinésithérapeute à domicile sont pris en charge ?

Les frais de déplacement du kinésithérapeute peuvent être pris en charge sous forme de forfait à condition que:

- le médecin indique sur l'ordonnance qu'il est médicalement nécessaire que le kinésithérapeute se déplace au domicile de l'assuré pour effectuer les soins;
- le déplacement a lieu sur le territoire luxembourgeois. Un déplacement au-delà de la frontière n'est pas pris en charge.

Ces conditions remplies, le forfait de déplacement est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement.

Kinésithérapie

Les séances de kinésithérapie sont prises en charge par la CNS aux taux et tarifs prévus, sous condition qu'elles soient autorisées. L'assuré peut choisir librement son kinésithérapeute.



Quelles sont les conditions pour pouvoir bénéficier de soins de kinésithérapeute à charge de l'assurance maladie ?

1. Ordonnance médicale: Contenu et nombre de séances

Une ordonnance médicale est obligatoire si l'assuré souhaite consulter un kinésithérapeute et demander la prise en charge du traitement. La prescription du traitement se fait moyennant ordonnance de kinésithérapie standardisée.

Quais são os tratamentos cobertos?

A taxa de cobertura é 70% para os atos associados a uma patologia corrente. Os tratamentos no âmbito de uma patologia grave ou reabilitação pós-cirurgia, bem como os tratamentos de crianças menores de 18 anos são cobertos na íntegra.

Atenção: determinados suplementos para os quais a convenção dos fisioterapeutas prevê uma faturação não são cobertos (como uma consulta não recomendada).

Como é que são realizadas as sessões de fisioterapia?

O fisioterapeuta pode adaptar a frequência das sessões e as técnicas utilizadas (por exemplo, massagem e eletroterapia) consoante as necessidades do paciente e a evolução da patologia.

O fisioterapeuta tem de respeitar as normas de qualidade. Estas normas preveem critérios relativos às infraestruturas (sala de espera, área mínima das salas de tratamento, afixação obrigatória de determinadas informações) e critérios relativos à prestação do serviço (proibição de tratar vários doentes em simultâneo, definição do conteúdo da ficha do paciente, 20 minutos de duração mínima das sessões, etc.).

As despesas de deslocação do fisioterapeuta à casa do segurado estão cobertas?

As despesas de deslocação do fisioterapeuta podem ser cobertas sob a forma de um montante fixo, desde que:

- o seu médico indique na prescrição que é necessário do ponto de vista médico que o fisioterapeuta se desloque à sua casa para efetuar o tratamento;
- a deslocação tenha lugar no território luxemburguês; as deslocações no estrangeiro não estão cobertas.

Caso estas condições sejam preenchidas, o montante fixo relativo à deslocação é coberto de acordo com a mesma taxa aplicada ao ato realizado nessa mesma deslocação.

Fisioterapia

As sessões de fisioterapia são pagas pela CNS de acordo com as taxas e tarifas previstas, sob a condição de que as sessões de fisioterapia tenham sido autorizadas. Pode-se escolher livremente o seu fisioterapeuta.

Quais são as condições para poder beneficiar de cuidados de fisioterapia cobertos pelo seguro de saúde?

1. Prescrição médica: Teor e número de sessões

É obrigatória uma prescrição médica, caso o segurado pretenda consultar um fisioterapeuta e ter direito à cobertura do tratamento. O tratamento é prescrito mediante uma prescrição de fisioterapia padronizada.

As prescrições estrangeiras devem incluir todas as indicações obrigatórias de acordo com o estabelecido na prescrição padronizada e devem ser redigidas em francês, alemão ou inglês. As prescrições noutra língua devem ser devolvidas porque não podem ser tratadas pelos serviços da CNS.

O número de sessões cobertas pela prescrição varia consoante se trate de uma patologia corrente (máx. 8), patologia grave (máx.

Caisse nationale de santé

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

Téléphone:
27 57 - 1

Site:
www.cns.lu

Mail:
cns@secu.lu

Les ordonnances étrangères doivent contenir toutes les indications obligatoires telles que prévues sur l'ordonnance standardisée et elles doivent être formulées en français, allemand ou anglais. Des ordonnances prescrites dans une autre langue sont retournées car elles ne peuvent pas être traitées par les services de la CNS.

Le nombre de séances prises en charge par ordonnance varie suivant qu'il s'agit d'une pathologie courante (max. 8), lourde (max. 64) ou d'une rééducation post-chirurgicale (max. 32). Les pathologies lourdes sont définies à l'annexe des statuts CNS et affichées sur le verso de l'ordonnance standardisée. Toute pathologie qui ne figure pas sur cette liste, à l'exception de la rééducation post-chirurgicale, est considérée comme étant une pathologie courante.

2. Validation de l'ordonnance et titre de prise en charge

L'ordonnance doit être envoyée à la CNS pour validation, soit par le kinésithérapeute, soit par l'assuré, ceci dans un délai de 31 jours à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Généralement, l'assuré remet lors de sa première séance l'ordonnance standardisée à son kinésithérapeute, qui s'occupe alors des démarches adminis-

tratives nécessaires. Si les conditions administratives sont remplies, la CNS valide l'ordonnance. La validation se fait par l'émission d'un titre de prise en charge. Le titre renseigne sur la durée maximale du traitement et le nombre de séances, ainsi que le taux de prise en charge.

Comment s'effectue le paiement des séances de kinésithérapie ?

1. L'application du système tiers payant

Dans ce cas l'assuré paie au kinésithérapeute uniquement la partie à sa propre charge car le kinésithérapeute envoie à la fin du traitement une facture à la CNS, pour recevoir la partie des frais à charge de l'assurance maladie. Le kinésithérapeute restitue l'ordonnance à l'assuré et lui remet un mémoire d'honoraires sur lequel la partie à sa charge et la partie prise en charge par la CNS sont clairement indiquées.

Le système tiers payant s'applique uniquement si la demande de validation provient directement du kinésithérapeute et si les soins de kinésithérapie sont prestés au Grand-Duché. Dans le cas où

l'assuré demande lui-même la validation de l'ordonnance auprès de la CNS ou si les soins de kinésithérapie sont prestés en dehors du Grand-Duché de Luxembourg, les soins doivent toujours être avancés intégralement et la part à charge de la caisse est alors remboursée sur demande.

Veillez noter que pour les travailleurs frontaliers, la prise en charge des soins reçus dans le pays de résidence relève de la compétence de leur caisse locale.

2. L'assuré paie le montant total du traitement et demande un remboursement

Dans ce cas le kinésithérapeute présente à l'assuré à la fin du traitement une facture reprenant le montant total à payer, c'est-à-dire la part à charge de la caisse 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 sa charge.

Pour pouvoir bénéficier du remboursement d'une facture de kinésithérapie, la facture doit :



64) ou reabilitação pós-cirurgia (máx. 32). As patologias graves estão definidas no anexo dos estatutos da CNS e fixadas no verso da prescrição padronizada. Todas as patologias que não constem desta lista, salvo a reabilitação pós-cirurgia, são consideradas uma patologia corrente.

2. Validação da prescrição e certificado de cobertura

O fisioterapeuta ou o segurado deve enviar a prescrição à CNS para validação, num prazo de 31 dias a partir da data de emissão da prescrição. Geralmente, aquando da primeira sessão de fisioterapia, o segurado entrega ao fisioterapeuta a prescrição padronizada e este trata dos procedimentos administrativos necessários. Caso as condições administrativas sejam preenchidas, a CNS valida a prescrição. A validação é feita mediante a emissão de um certificado de cobertura. O certificado indica a duração máxima do tratamento, o número de sessões e a taxa de cobertura.

Como é que são realizados os pagamentos das sessões de fisioterapia?

1. Princípio do sistema de pagamento terceiro

Neste caso, o segurado só paga ao fisioterapeuta a parte que lhe compete porque, no final do tratamento, o fisioterapeuta envia uma fatura à CNS, para receber o montante a cargo do seguro de saúde. O fisioterapeuta retorna a prescrição ao segurado e dá-lhe uma fatura em que a parte do apoio do segurado e a parte do apoio CNS estão claramente definidos.

O sistema de pagamento terceiro só se aplica se o pedido de validação vem diretamente do fisioterapeuta e se as sessões de fisioterapia são feitas no Grão-Ducado. Em caso que o segurado gostaria de fazer ele mesmo o pedido de validação da prescrição na CNS ou se as sessões de fisioterapia são feitas no estrangeiro, o pagamento das prestações deve ser avançado integralmente. A Caixa encarrega-se de reembolsar o segurado da parte que lhe compete.

2. O segurado paga o tratamento na totalidade e solicita um reembolso

Neste caso, no final do tratamento, o fisioterapeuta entrega ao segurado uma fatura com o montante total a pagar, ou seja, a parte que compete à Caixa bem como a parte que eventualmente esteja a cargo do segurado. O segurado realiza o pagamento na íntegra e, depois, solicita à sua Caixa (CNS ou Caixa de Seguro de Doença do Setor Público) o reembolso da parte a cargo da mesma.

Para poder beneficiar do reembolso de uma fatura de fisioterapia, a fatura deve:

- incluir o número de segurança social, o nome e apelido do segurado e o número do certificado de cobertura;
- ter sido liquidada;
- estar acompanhada da prescrição médica.