

name and surname as well as the number of the certificate of coverage;

- be paid and receipted;
- be submitted with the medical prescription and the certificate of coverage.

What is covered?

The coverage rate for acts provided by speech therapists is set at 88%, except for children and youngsters below the age of 18, who are entitled to coverage at 100%.

Note that some supplements that can be invoiced under the speech therapist's convention are not covered (such as charges for cancelled appointments).

How will the sessions take place?

The sessions can take place individually or in group sessions.

The minimum duration of an individual session is set at 30 minutes (preparation time not included). For speech therapy group sessions, the minimum duration is 60 minutes for two patients and 75 for three patients.

- die Versichertennummer, den Namen und Vornamen des Versicherten sowie die Nummer der Kostenübernahmebestätigung enthalten;
- ordnungsgemäß bezahlt sein;
- von der ärztlichen Verschreibung und der Kostenübernahmebestätigung begleitet werden.

Was wird übernommen?

Der Rückerstattungssatz ist auf 88% festgelegt, außer für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren, die ein Anrecht auf eine Kostenübernahme von 100% haben.

Achtung: einige Zusätze für die das Übereinkommen der Logopäden eine Rechnungsstellung vorsieht werden nicht übernommen (wie z.B. ein nicht abgesagter Termin).

Wie ist der Ablauf der Sitzungen?

Der Ablauf der Sitzungen kann individuell ablaufen oder in einer Gruppe.

Die Minimaldauer einer individuellen Sitzung ist auf 30 Minuten festgelegt (Vorbereitungszeit nicht inbegriffen). Im Falle einer logopädischen Gruppensitzung wird die minimale Dauer auf 60 Min. für 2 Patienten und auf 75 Min. für 3 Patienten festgelegt

Jedem Versicherten wird einzeln eine Rechnung ausgestellt ohne jeglichen Nachlass.

The speech therapist invoices each insured person without any discount.

Are travel costs incurred by the speech therapist for home visits covered?

Travel costs incurred by the speech therapist can be covered, provided that :

- the doctor specifies on the prescription that it is medically necessary for the speech therapist to provide the treatment at the insured person's home;
- the journey takes place inside Luxembourg. Journeys beyond the border are not covered.

If these conditions are fulfilled, travel costs are covered at the same rate as the speech therapy treatment provided at home.

Werden die Reisekosten für einen Hausbesuch des Logopäden übernommen?

Die Kosten für die Anreise des Logopäden können übernommen werden, wenn:

- der Arzt in der Verschreibung vermerkt, dass es medizinisch notwendig ist, dass der Logopäde sich zum Wohnsitz des Versicherten begibt um die Behandlung durchzuführen;
- die Fahrt auf luxemburgischem Gebiet stattgefunden hat. Eine Fortbewegung außerhalb der Grenzen wird nicht übernommen.

Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, werden die Fahrtkosten zum gleichen Satz übernommen wie für die zu Hause ausgeführte Behandlung.

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

Speech therapy

The CNS covers speech therapy sessions at the provided rates and tariffs, as long as they have been validated / authorised. The insured person is free to choose any speech therapist.



What are the eligibility criteria for speech therapy treatment covered by health insurance?

1. Medical prescription

A medical prescription is mandatory if the insured person wishes to see a speech therapist and apply for insurance cover for the treatment. This medical prescription must state their 13-digit identification number, their full name and the following details:

- medical diagnosis;
- onset of the condition requiring treatment;

Logopädie

Die Logopädie Sitzungen werden von der CNS zu den vorgesehenen Sätzen und Tarifen übernommen, unter der Bedingung, dass sie validiert / genehmigt wurden. Der Logopäde ist für jeden frei wählbar.

Was sind die Bedingungen um von der Kostenübernahme der Logopädie-Leistungen durch die Krankenversicherung zu profitieren?

1. Ärztliche Verschreibung

Eine ärztliche Verschreibung ist obligatorisch, wenn der Versicherte einen Logopäden aufsuchen möchte und die Kostenübernahme der Behandlung anfragen möchte. Es ist wichtig, dass auf dieser Verschreibung die 13-stellige Matrikelnummer, der Vor- und Nachname, sowie folgende Angaben gemacht sind:

- die medizinische Diagnostik;
- der Beginn der Erkrankung;
- der Code oder der Wortlaut der Nomenklatur in Bezug auf die verschriebenen Leistungen;
- die genaue Anzahl an Sitzungen.

Ausländische Verschreibungen werden gleich behandelt wie die, die im Großherzogtum ausgestellt wurden, allerdings müssen sie in Französisch, Deutsch oder Englisch ausgestellt sein. Verschreibungen die in einer anderen Sprache ausgestellt

- code or text of the nomenclature regarding the prescribed treatments;
- precise number of sessions.

Foreign prescriptions are processed in the same way as prescriptions issued in the Grand Duchy, but they must be written in French, German or English. Prescriptions in other languages are returned, as they cannot be processed by the CNS.

Certain acts provide for an age limit, an age range or a maximum number of sessions. In this case, the limitations are clearly specified in the label of the act.

1. Validation of the prescription, authorisation and certificate of coverage

The prescription must be sent to the CNS for validation, either by the insured person or by the speech therapist, within 30 days of the prescription date. In general, the insured person gives the prescription to the speech therapist during the first session, who will then take care of the necessary administrative formalities. If the administrative conditions are met, the CNS will validate the prescription.



Certain acts and services by speech therapists can only be covered with an authorisation (ACM) by the Medical Board of the Social Security. If these acts are marked with the letters APCM, the authorisation must even be given prior to the delivery of the act.

The validation takes the form of a certificate of coverage, which is usually printed on the back of the medical prescription and returned to the insured person or to the speech therapist.

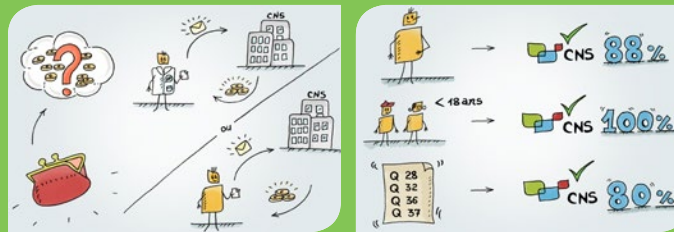
The certificate states the number of sessions covered and the cover rate. The speech therapist will only provide and charge for the treatments indicated on the certificate. No other treatments will be covered.

How are the speech therapy sessions paid for?

1. The third-party payment system

Usually, or upon request, the insured person pays the speech therapist only the proportion payable by the insured person, and the speech therapist sends an invoice to the CNS at the end of the treatment to receive the part of the costs covered by the health insurance.

The third-party payment system only applies to speech therapy



treatments provided in the Grand Duchy. Foreign speech therapy treatment must still be paid for in full, and the proportion covered by the health insurance fund is then reimbursed upon request. Please note that for cross-border workers, the local health fund is responsible for covering healthcare received in their country of residence.

2. The insured person pays the full amount of the treatment and requests a refund

In this case, the speech therapist gives the insured person an invoice for the total amount to be paid at the end of the treatment, i.e. the proportion covered by the fund and any remaining proportion payable by the insured person. After settling the invoice, the insured person sends a reimbursement request to their competent fund (CNS or public sector fund) in order to be refunded for the portion of the costs covered by health insurance.

In order to be refunded for an invoice issued by a speech therapist, the invoice must:

- show the identification number of the insured person, their



wurden, werden zurückgeschickt, da sie nicht von der CNS bearbeitet werden können.

Für manche Logopädie-Leistungen ist eine Altersgrenze, ein Altersabschnitt oder eine maximale Anzahl von Sitzungen vorgesehen, die übernommen werden können. In diesen Fällen sind die Beschränkungen klar im Wortlaut der Leistung angegeben.

2. Validierung der Verschreibung, Genehmigung und Bestätigung der Kostenübernahme

Die Verschreibung muss an die CNS geschickt werden, dies entweder vom Logopäden oder vom Versicherten, innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag der Ausstellung der ärztlichen Verschreibung. In der Regel gibt der Versicherte dem Logopäden die Verschreibung im Zuge seiner ersten Sitzung. Dieser unternimmt dann die notwendigen administrativen Schritte. Wenn die administrativen Bedingungen erfüllt sind, validiert die CNS die Verschreibung.

Für einige logopädische Leistungen ist eine Genehmigung des kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung (CMSS) notwendig (ACM). Wenn die Leistung mit den Buchstaben APCM

gekennzeichnet ist, ist sogar eine vorherige Genehmigung des kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung erforderlich.

Die Validierung und gegebenenfalls die Genehmigung erfolgt mittels Ausstellung einer Kostenübernahmebestätigung, die grundsätzlich auf die Rückseite der ärztlichen Verschreibung gedruckt wird und an den Logopäden oder den Versicherten zurückgeschickt wird.

Die Bestätigung der Kostenübernahme informiert über die Anzahl der übernommenen Sitzungen und den Erstattungssatz. Der Logopäde stellt nur die dort aufgeführten und vollzogenen Leistungen in Rechnung. Jede andere berechnete Leistung wird nicht übernommen.

Wie erfolgt die Bezahlung der Logopädie-Sitzungen?

1. Das Drittzahlersystem

In der Regel, oder auf ausdrückliche Anfrage des Versicherten, zahlt er an den Logopäden nur seinen eventuellen Eigenanteil, da der Logopäde am Ende der Behandlung eine Rechnung an die CNS schickt, um den Teil der Kosten zu Lasten der Krankenversicherung zu erhalten.

Das Drittzahlersystem appliziert sich nur bei Leistungen, die innerhalb des Großherzogtums stattgefunden haben. Logopädie-Leistungen die außerhalb des Ghzgt. von Luxemburg stattgefunden haben, müssen stets vollständig bezahlt werden und der Teil zu Lasten der Krankenkasse wird dann auf Anfrage zurückerstattet. Für die Grenzgänger ist die Kostenübernahme der im Wohnland erhaltenen Leistungen eine Angelegenheit ihrer zuständigen lokalen Krankenkasse.

2. Der Versicherte zahlt den vollen Betrag und beantragt eine Kostenrückerstattung

In diesem Fall legt der Logopäde dem Versicherten am Ende der Behandlung eine Rechnung vor, die den zu zahlenden Gesamtbetrag ausweist, bestehend aus dem Anteil der Kasse und dem Anteil, den der Versicherte gegebenenfalls selbst übernehmen muss. Nach der Zahlung beantragt der Versicherte bei seiner zuständigen Kasse (der CNS oder der Krankenkasse für den öffentlichen Dienst) die Rückerstattung des Anteils zu Lasten der Kasse.

Um die Kosten erstattet zu bekommen, muss die Rechnung des Logopäden: