

Le Laboratoire National de Procréation Médicalement Assistée (PMA), faisant partie intégrante du Service PMA du Centre Hospitalier du Luxembourg et le Centre de traitement de l’infertilité de la Maternité HRS (Dr.Bohler) sont les deux principaux points de contact dans le cadre de la médecine de reproduction au Luxembourg.

La prise en charge se fait par des médecins spécialisés en médecine de reproduction en étroite collaboration avec le gynécologue habituel de l’assurée.



Conditions de prise en charge

L’assurance maladie prend en charge les frais liés à la procréation médicalement assistée (PMA) par

- stimulation ovarienne
- insémination artificielle
- fertilisation in vitro (FIV)
- injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI).

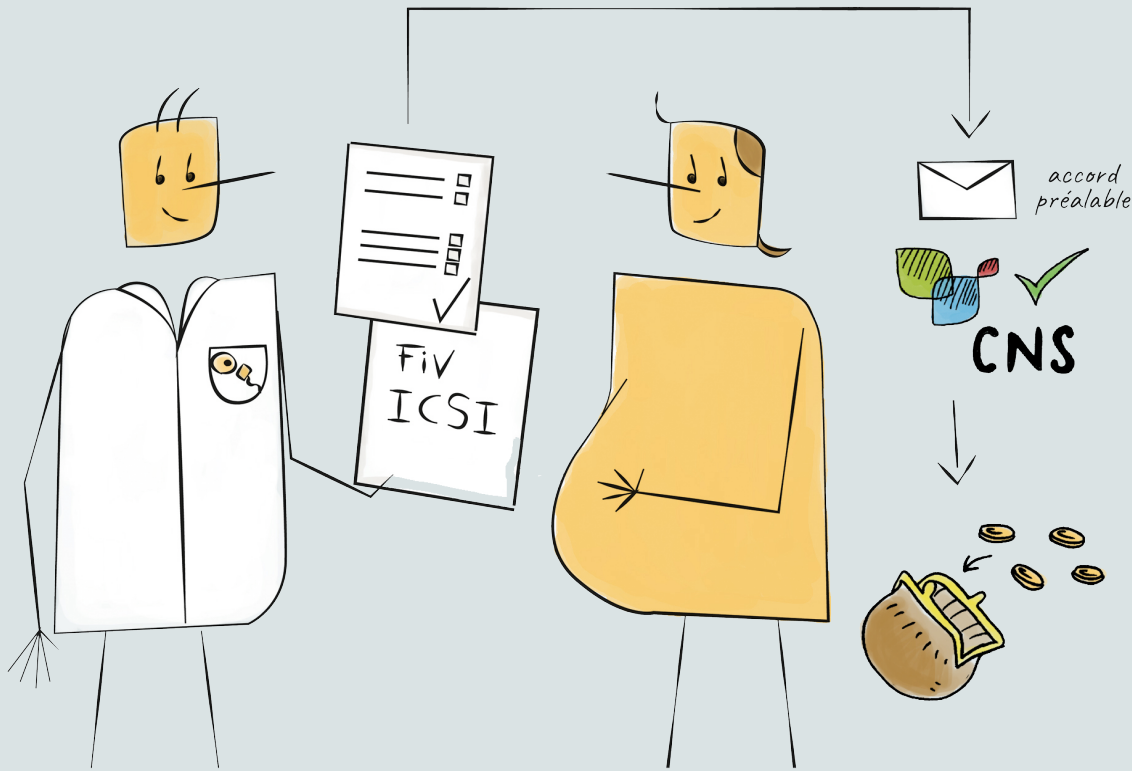
La prise en charge par l’assurance maladie toutefois est subordonnée à certaines conditions.

Critères à remplir

Les frais liés à la procréation médicalement assistée sont pris en charge par l’assurance maladie dans les conditions et d’après modalités prévues ci-dessous:

- La prise en charge des mesures de PMA s’interrompt au jour du 43e anniversaire de la femme
- La PMA n’est pas prise en charge après ligature des trompes ou après vasectomie

Attention : d’autres conditions qui sont spécifiquement requises par les hôpitaux concernés sont possibles. Veuillez vous renseigner à l’avance auprès de ces hôpitaux.



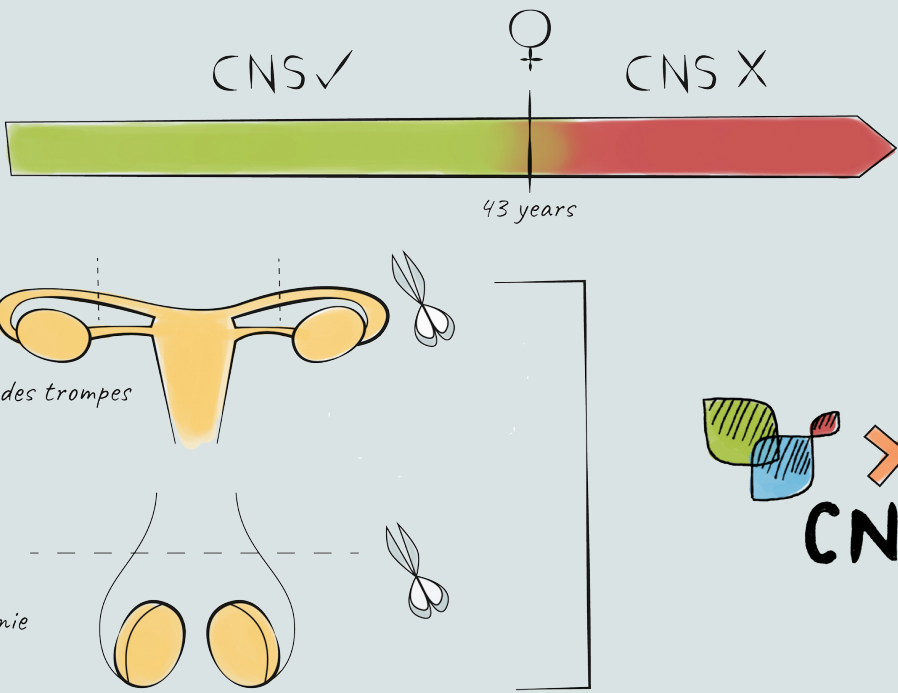
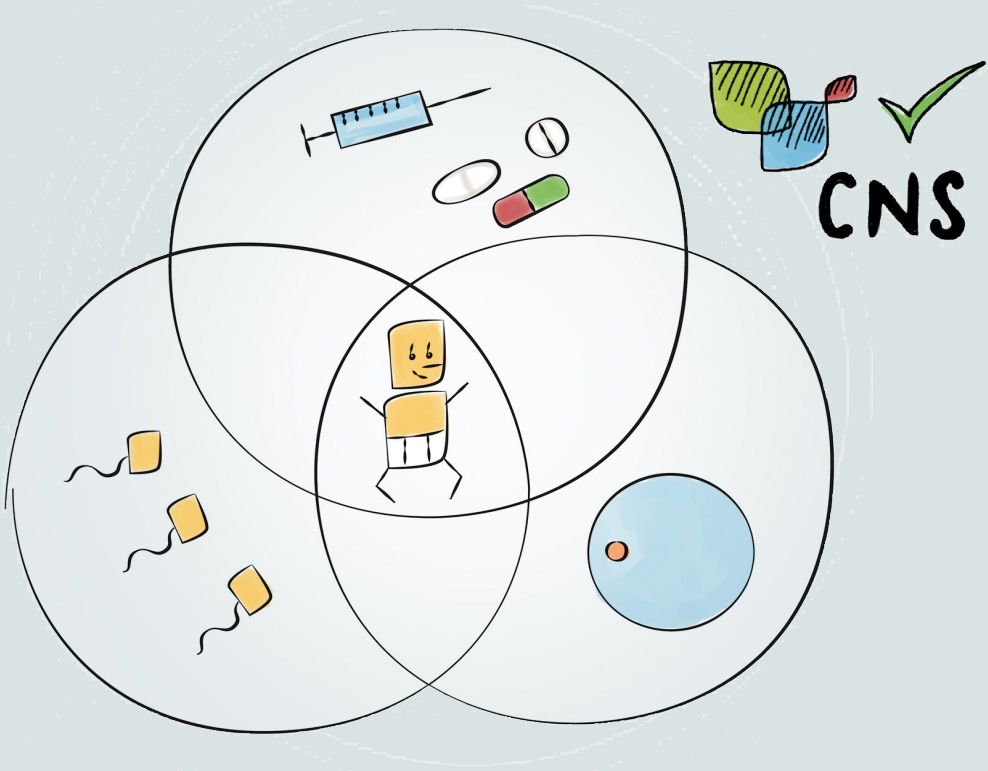
Autorisation préalable

La prise en charge financière de la FIV et de l’ICSI par la CNS n’est assurée que suite à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé.

La demande d’autorisation est à faire par le gynécologue du service de PMA avant le début du traitement, moyennant le formulaire spécial prévu à l’annexe J des statuts de la CNS.

Titre de prise en charge

Sous réserve de l’accomplissement des conditions, la Caisse nationale de santé émet un titre de prise en charge. Les titres sont établis pour une durée maximale de six mois à partir de la date d’établissement du titre.

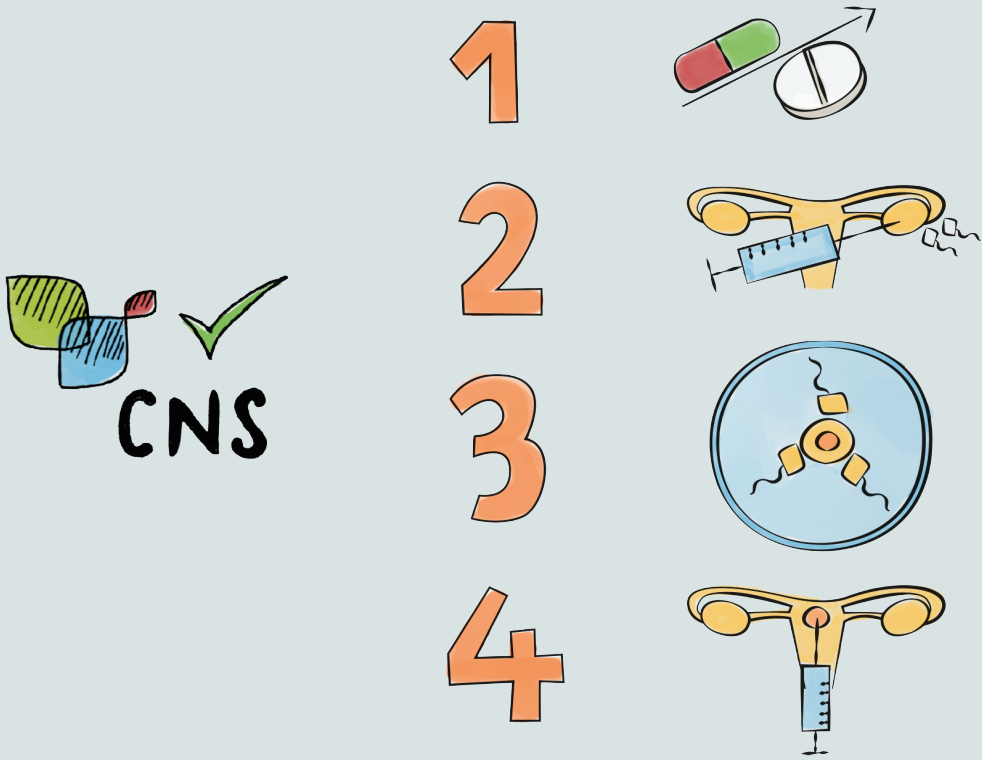


Prise en charge des frais

La prise en charge du traitement hospitalier ainsi que le séjour à l’hôpital en chambre standard dans le cadre d’une PMA, à l’exception des honoraires médicaux, sont pris en charge directement par la CNS, sans que l’assuré n’ait à avancer les frais (système du tiers payant).

L’assuré, à l’exception des enfants de moins de 18 ans, contribue à son entretien en milieu hospitalier stationnaire ou en hôpital de jour par le paiement d’une participation journalière, à sa charge.

Les médecins traitants mettent en compte les actes et services prévus dans la nomenclature des médecins et remettent un mémoire d’honoraires à l’assuré pour les actes et services prestés lors du séjour.



Le taux de prise en charge des frais de laboratoire est fixé à 100%. Les actes et services médicaux dans le cadre d’une PMA sont pris en charge suivant les dispositions prévues par les statuts de la CNS, avec une participation personnelle de l’assurée.

L’hôpital informe de manière adéquate le patient des conditions financières de son séjour, y compris les montants à charge du patient.

Attention : Les éventuels suppléments pour convenance personnelle (chambre de 1ère classe à l’hôpital) ne sont pas pris en charge par l’assurance maladie.