

Following a favourable opinion of the CMSS, the CNS issues a certificate of coverage and sends it to the psychomotor therapist or the insured person, if the latter initiated the request for prior authorisation.

Payment method

Third-party payment

In general, psychomotricity services are covered directly by health insurance through the third-party payment system. Under the third-party payment system, the insured person pays the psychomotor therapist only the portion at their own expense.

The insured person pays the fees upfront

If the third-party payment system has not been applied, the psychomotor therapist presents to the insured person an invoice at the end of the treatment showing the total amount to be paid, i.e. the portion of the costs covered by health insurance as well as any portion to be paid by the insured person. After payment, the insured person requests a reimbursement of the portion covered by health insurance from their competent fund (CNS or public sector health insurance fund).

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

- display the insured's identification number, surname and first name;
- be validly paid;
- be submitted with the medical prescription and the certificate of coverage of the CNS.

Coverage rate

Acts and services listed in the nomenclature of psychomotor therapists, duly authorised in advance by the CMSS, as well as the assessment reports, are covered at the rate of 88% of the tariffs applicable at the time of their delivery.

The coverage rate is 100% if the insured person has not reached the age of 18 years at the time the prescription is issued.

The health insurance coverage rate is 80% for acts of relaxation.

Caisse nationale de santé

Adresse:

125, route d'Esch
L-2980 Luxembourg

Téléphone:

27 57 - 1

Site:

www.cns.lu

Mail:

cns@secu.lu

der CNS zuständig ist. Die CNS prüft, ob die administrativen Voraussetzungen erfüllt sind. Sind sie erfüllt, wird die Anfrage von der CNS an das CMSS weitergeleitet.

Nach positiver Stellungnahme des CMSS stellt die CNS eine Bestätigung der Kostenübernahme aus und übermittelt es dem Psychomotorik-Therapeuten beziehungsweise der versicherten Person, wenn diese selbst den Antrag auf vorherige Genehmigung gestellt hat.

Zahlungsart

Drittzahlersystem

In der Regel wird der Kostenanteil zu Lasten der Krankenversicherung unmittelbar von der CNS übernommen.

Im Rahmen des Drittzahlersystems zahlt der Versicherte nur seinen Eigenanteil an den Psychomotorik-Therapeuten.

Vorauszahlung der Kosten durch den Versicherten

Wenn das Drittzahlersystem nicht angewendet wurde, legt der Psychomotorik-Therapeut 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 Psychomotorik-Therapeuten:

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

Erstattungssatz

Die in der Nomenklatur der Psychomotorik-Therapeuten aufgeführten Leistungen, die im Voraus vom CMSS ordnungsgemäß genehmigt wurden, genauso wie die Bilanzberichte, werden zu einem Rückerstattungssatz von 88%, der zum Zeitpunkt ihrer Erbringung gelten den Gebühren, übernommen.

Der Erstattungssatz beträgt 100%, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verschreibung das Alter von 18 Jahren nicht erreicht hat.

Für Leistungen im Bereich der Entspannung beträgt der Erstattungssatz der Krankenkasse 80%.

Psychomotricity

To be entitled to a reimbursement from the National Health Fund (CNS) or the competent public sector fund, acts of psychomotor rehabilitation and relaxation performed by a psychomotor therapist must be prescribed by a doctor and authorised by the CNS, after a favourable opinion of the Medical Board of the Social Security (CMSS).



Conditions of coverage

Medical prescription

Treatment prescription is made by means of a prior medical prescription. The insured person receives a medical prescription for psychomotor care from their attending/prescribing physician. The insured person may then present this prescription to a psychomotor therapist of their choice in Luxembourg.

Psychomotorik

Um ein Anrecht auf eine Kostenübernahme durch die nationale Gesundheitskasse (CNS) oder durch die zuständige Kasse des öffentlichen Sektors zu erhalten, benötigen alle Leistungen aus dem Bereich der psychomotorischen Rehabilitation und Entspannung, die von einem Psychomotoriker erbracht werden, eine ärztliche Verschreibung. Außerdem ist eine Genehmigung der CNS, nach einer befürwortenden Stellungnahme des kontrollärztlichen Diensts der Sozialversicherung (CMSS) unumgänglich.

Bedingungen der Kostenübernahme

Ärztliche Verschreibung

Die Verschreibung der Behandlung wird mittels eines vorherigen ärztlichen Attests ausgestellt.

Der Versicherte erhält von seinem behandelnden Arzt eine ärztliche Verschreibung für psychomotorische Leistungen, mit der er in Luxemburg bei einem Psychomotoriker seiner Wahl vorstellig werden kann.

Bilanzbericht

Anlässlich der ersten Sprechstunde mit dem Patienten erstellt der Psychomotoriker einen Behandlungsplan, der dem Bilanzbericht

Assessment report

During the first consultation with the patient, the psychomotor therapist establishes a treatment plan, which will be included in the assessment report. This report must be presented to the doctor who issued the medical prescription, as he must give his written consent in the form of a treatment prescription, with which the insured person can start treatment after prior authorisation from the CMSS. The assessment report is mandatory in order for the treatment to be authorised.

Prior authorisation by the Medical Board of the Social Security

Psychomotor rehabilitation and relaxation care must be previously authorised by the CMSS before the treatment is provided. However, the assessment reports provided for in the nomenclature are exempt from prior authorisation.

However, treatment may be started fifteen days after an assessment report has been sent to the attending physician and, where applicable, to the CNS, if there is no response or return notice from the CMSS in a timely manner.

The treatment once begun ceases to be covered by health

insurance as soon as the assessment report is cancelled by the attending physician or as soon as the CMSS's decision to refuse authorisation of the treatment is acquired. However, treatment costs already incurred before the authorisation/refusal is obtained will be covered by the CNS.

For psychomotor rehabilitation treatments, the CMSS initial agreement can only be made on the basis of the first psychomotor examination and assessment report before treatment (Y11). In the case of a long-term treatment, the CMSS may require an intermediate assessment report (Y12).

Beginning of treatment

Unless specified otherwise by the doctor on the psychomotor care medical prescription, the prescribed treatment must be started within six months of the prescription's issue date. In the event of waiting periods exceeding six months, certified by the healthcare provider, this provision shall not apply.

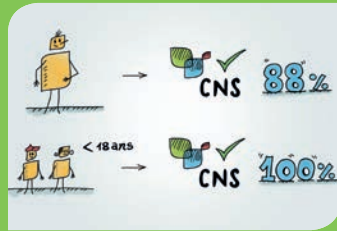
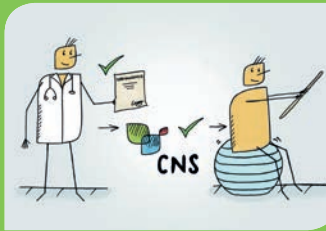
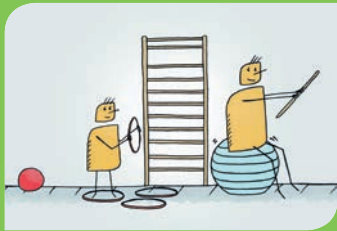
Practical approach

The insured person receives a prescription from their attending physician for a first visit to a psychomotor therapist of their choice.

The insured person visits the psychomotor therapist with the medical prescription. The latter carries out an initial examination and draws up an assessment report containing a treatment plan.

The insured person presents the report to the attending doctor. The doctor must give his prior consent to the report by issuing a treatment prescription, with which the insured person will be able to report again to his psychomotor therapist in order to start treatment after a certificate of coverage has been issued.

In general, the psychomotor therapist forwards the request for prior authorisation to the competent department of the CNS with the supporting documents (medical prescription of the prescribing doctor, assessment report of the psychomotor therapist). The CNS verifies whether the administrative conditions are met. If the conditions are fulfilled, the request is forwarded by the CNS to the CMSS.



beigefügt wird. Dieser Bilanzbericht muss dem Arzt vorgelegt werden, der die Verschreibung ausgestellt hat, da er sein schriftliches Einverständnis in Form einer Verschreibung der Behandlung abgeben muss. Mit dieser kann der Versicherte seine Behandlung beginnen, nachdem er die vorherige Genehmigung durch den CMSS erhalten hat. Die Behandlungen werden nur auf Grundlage eines Bilanzberichts genehmigt.

Vorherige Genehmigung durch den CMSS

Leistungen aus dem Bereich der psychomotorischen Rehabilitation und Entspannung müssen vor Erbringung der Leistungen, durch den CMSS genehmigt werden. Dagegen sind die Bilanzberichte, die in der Nomenklatur vorgesehen sind, von einer vorherigen Genehmigung ausgeschlossen.

Allerdings kann die Behandlung bereits 15 Tage, nachdem ein Bilanzbericht an den behandelnden Arzt und falls erforderlich an die CNS weitergeleitet wurde, angefangen werden, wenn keine Antwort oder Rückmeldung des CMSS innerhalb einer angemessenen Frist erfolgt ist.

Die so begonnene Behandlung wird nicht mehr von der CNS

übernommen, sobald der Bilanzbericht vom behandelnden Arzt annulliert wurde oder sobald die Verweigerung der Genehmigung der Behandlung durch den CMSS erteilt wurde. Die bereits angefallenen Kosten der vor Erhalt der Genehmigung/Verweigerung begonnenen Behandlung werden dennoch übernommen.

Für Behandlungen aus dem Bereich der psychomotorischen Rehabilitation kann die Zustimmung durch den CMSS nur auf Grundlage der ersten Untersuchung und des psychomotorischen Bilanzberichts vor der Behandlung erfolgen (Y11). Im Falle einer Langzeitbehandlung kann der CMSS eine Zwischenbilanz anfordern (Y12).

Beginn der Behandlung

Sofern nicht anders auf den Verschreibungen für psychomotorische Leistungen angegeben, muss die darauf verschriebene Behandlung innerhalb von sechs Monaten nach Ausstellung der Verschreibung begonnen werden. Bei Wartezeiten von mehr als sechs Monaten, bescheinigt durch den Leistungserbringer, gilt die vorgenannte Bestimmung nicht.

Praktische Vorgehensweise

Der Versicherte erhält von seinem behandelnden Arzt eine Verschreibung für einen ersten Besuch bei einem Psychomotorik-Therapeuten seiner Wahl.

Mit dieser ärztlichen Verschreibung kann der Versicherte bei seinem Psychomotorik-Therapeuten vorstellig werden. Letzterer führt eine erste Untersuchung durch und erstellt einen Bilanzbericht mit einem Behandlungsplan.

Der Versicherte lässt den Bericht dann dem behandelnden Arzt zukommen. Der Arzt muss seine vorherige Zustimmung zum Bilanzbericht mittels einer Verschreibung der Behandlung geben. Mit dieser kann der Versicherte dann nach der Ausstellung einer Bestätigung der Kostenübernahme seine Psychomotorik-Therapie beginnen.

Im Allgemeinen ist es der Psychomotorik-Therapeut, der für die Weiterleitung des Antrags auf vorherige Genehmigung, zusammen mit allen notwendigen Dokumenten (ärztliche Verschreibung des behandelnden Arztes, Bilanzbericht des Psychomotorik-Therapeuten), an die zuständige Abteilung