

Pour avoir droit à un remboursement de la part de la Caisse nationale de santé (CNS) ou de la caisse du secteur public compétente, les actes de rééducation et relaxation psychomotrices délivrés par un psychomotricien doivent être prescrits par un médecin et autorisés par la CNS, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).



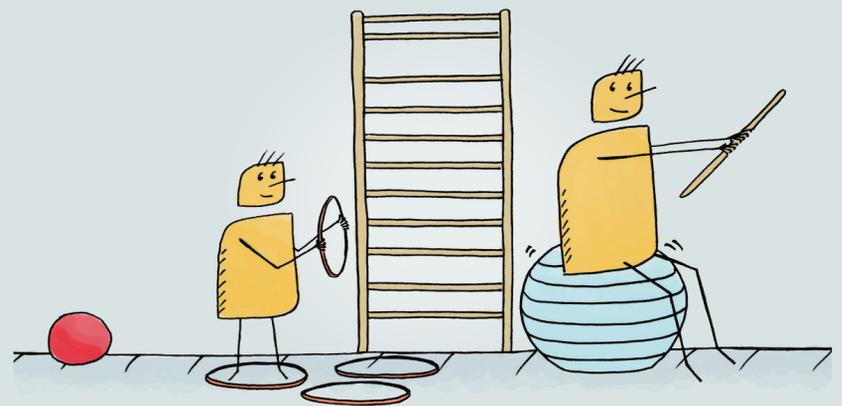
Conditions de prise en charge

Ordonnance médicale

La prescription du traitement se fait moyennant une ordonnance médicale préalable. L'assuré reçoit de son médecin traitant / prescripteur une ordonnance médicale pour soins de psychomotricité, avec laquelle il pourra se présenter à un psychomotricien de son choix au Luxembourg.

Bilan

Lors de la première consultation avec le patient, le psychomotricien établit un plan de traitement, qui sera inclus dans le bilan. Ce bilan doit être présenté au médecin qui a établi l'ordonnance médicale, car il doit donner son consentement écrit sous forme d'établissement d'une ordonnance de traitement, avec laquelle l'assuré pourra commencer son traitement après autorisation préalable du CMSS. Les traitements ne sont autorisés que sur vue d'un bilan.



Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Les soins de rééducation et relaxation psychomotrices doivent être préalablement autorisés par le CMSS avant la dispensation des soins. Cependant, les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

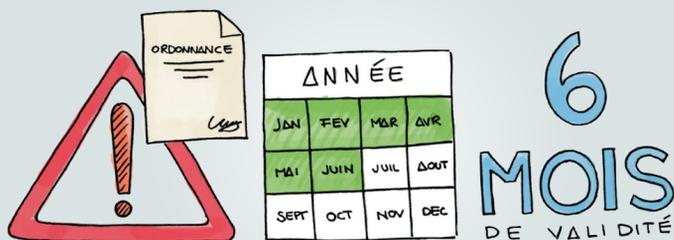
Toutefois, le traitement peut être commencé quinze jours après qu'un bilan ait été transmis au médecin traitant et, le cas échéant, à la CNS, à défaut de réponse ou d'avis retour du CMSS dans un délai raisonnable.

Le traitement ainsi commencé cesse d'être pris en charge par l'assurance maladie dès que le bilan est annulé par le médecin traitant où dès que le refus d'autorisation du traitement par le CMSS est acquis. Cependant, les frais de traitement déjà encourus avant l'obtention de l'autorisation / du refus seront pris en charge par la CNS.

Pour traitements de rééducation psychomotrice, l'accord initial du CMSS ne peut se faire que sur la vue du premier examen et bilan psychomoteur avant traitement (Y11). En cas de traitement de longue durée, le CMSS peut exiger un bilan intermédiaire (Y12).

Commencement du traitement

Sauf indications contraires inscrites sur les ordonnances médicales pour prestations de psychomotricité par le médecin, le traitement y prescrit doit être commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance. En cas de délais d'attente dépassant la durée de six mois, certifiés par le prestataire, cette disposition ne s'applique pas.



Modalités pratiques

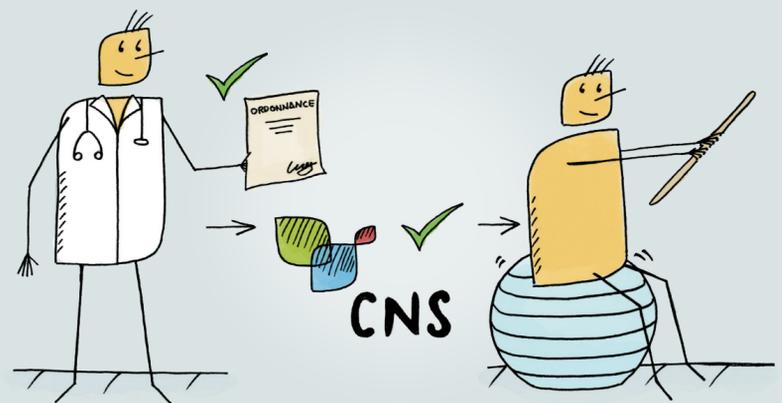
L'assuré reçoit une ordonnance émise par son médecin traitant en vue d'une première visite auprès d'un psychomotricien de son choix.

L'assuré se présente avec l'ordonnance médicale à son psychomotricien. Celui-ci effectue un premier examen et établit un bilan contenant un plan de traitement.

Le bilan est ensuite transmis par l'assuré au médecin traitant. Le médecin doit donner son consentement préalable au bilan, moyennant ordonnance de traitement, avec laquelle l'assuré sera en mesure de se présenter à nouveau auprès de son psychomotricien afin de commencer son traitement après établissement d'un titre de prise en charge.

En général, c'est le psychomotricien qui se charge de transmettre la demande d'autorisation préalable au service compétent de la CNS avec les documents à l'appui (ordonnance médicale du médecin prescripteur, bilan du psychomotricien). La CNS vérifie si les conditions administratives sont remplies. Si elles sont remplies, la demande est transmise par la CNS au CMSS.

Sur avis favorable du CMSS, la CNS émet un titre de prise en charge et l'envoie au psychomotricien, respectivement à l'assuré, si c'est lui qui est à l'origine de la demande d'autorisation préalable.



Mode de paiement

Système du tiers payant

D'une manière générale, les prestations sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant. Dans le cadre du système du tiers payant, l'assuré paie au psychomotricien uniquement la partie à sa propre charge.

Avance des frais

Si le système du tiers payant n'a pas été appliqué, le psychomotricien 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.

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

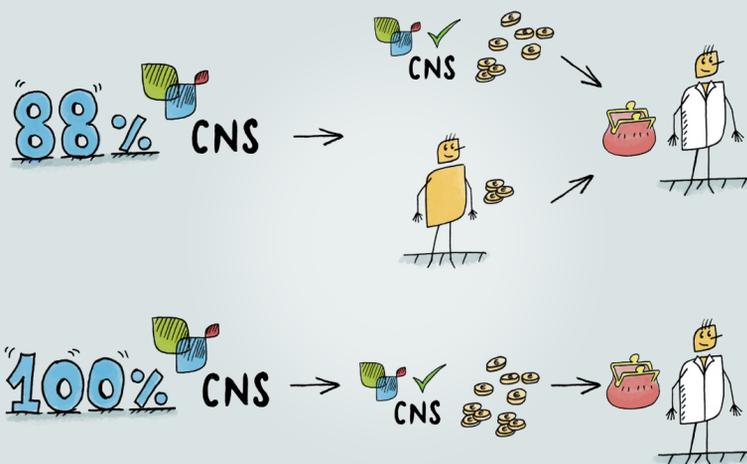
- porter le numéro matricule de l'assuré, son nom et prénom
- être valablement acquittée;
- être accompagnée de l'ordonnance médicale et du titre de prise en charge de la CNS

Taux de prise en charge

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychomotriciens, dûment autorisés préalablement par le CMSS, ainsi que les bilans, sont pris en charge au taux de 88% des tarifs applicables au moment de leur délivrance.

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.

Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de 80% pour les actes concernant la relaxation.



Pour en savoir plus :

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