

Les soins prestés par les sages-femmes sont pris en charge par la CNS aux taux et tarifs prévus dans la nomenclature des actes et services des sages-femmes. L'assurée peut choisir librement sa sage-femme.



Prestations des sages-femmes

Les sages-femmes ont le droit de mettre en compte les actes et services prévus dans le tableau de la nomenclature des actes et services des sages-femmes, à condition de les avoir effectivement et personnellement accomplis et ceci uniquement en dehors du milieu hospitalier.

L'assurée peut faire appel aux services d'une sage-femme :

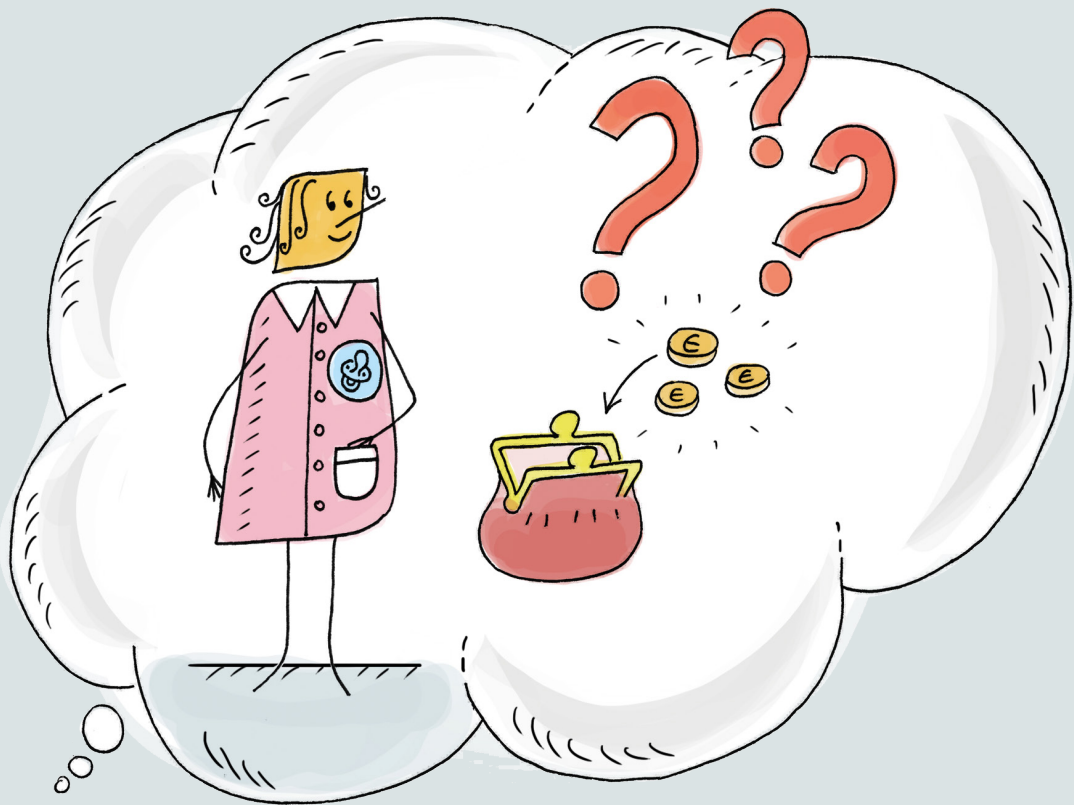
- en période prénatale, entre autres pour la préparation à la naissance et à la parentalité ou en vue de la surveillance et la réalisation de soins obstétricaux,
- pour l'accompagner lors d'un accouchement en milieu extrahospitalier, p.ex. à domicile,
- après la naissance, pour des soins-partum mais aussi pour la conseiller et accompagner pendant son allaitement,
- pour une consultation de prévention pour l'éducation sexuelle et familiale, dans une optique de santé sexuelle et de planification familiale, en dehors d'une grossesse.

En cas de grossesse pathologique de la femme enceinte ou de pathologie suivant l'accouchement, l'assurée doit consulter son gynécologue ou médecin traitant avant de pouvoir avoir recours à certains soins de sages-femmes.

Si l'assurée est en possession d'une ordonnance médicale et celle-ci n'indique pas de délai dans lequel le traitement doit être commencé, le traitement prescrit doit être commencé dans les 30 jours de la date d'émission de l'ordonnance.

Les sages-femmes ont le droit, sous leur propre responsabilité, de prescrire certains médicaments et certaines analyses biologiques.

Attention: seuls les certificats de grossesse émis par un médecin sont acceptés par la CNS.



Modalités de paiement et taux de prise en charge

Le système du tiers payant

D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont directement payés par la CNS à la sage-femme dans le cadre du système tiers payant.

L'assurée paie le montant total des soins et demande un remboursement

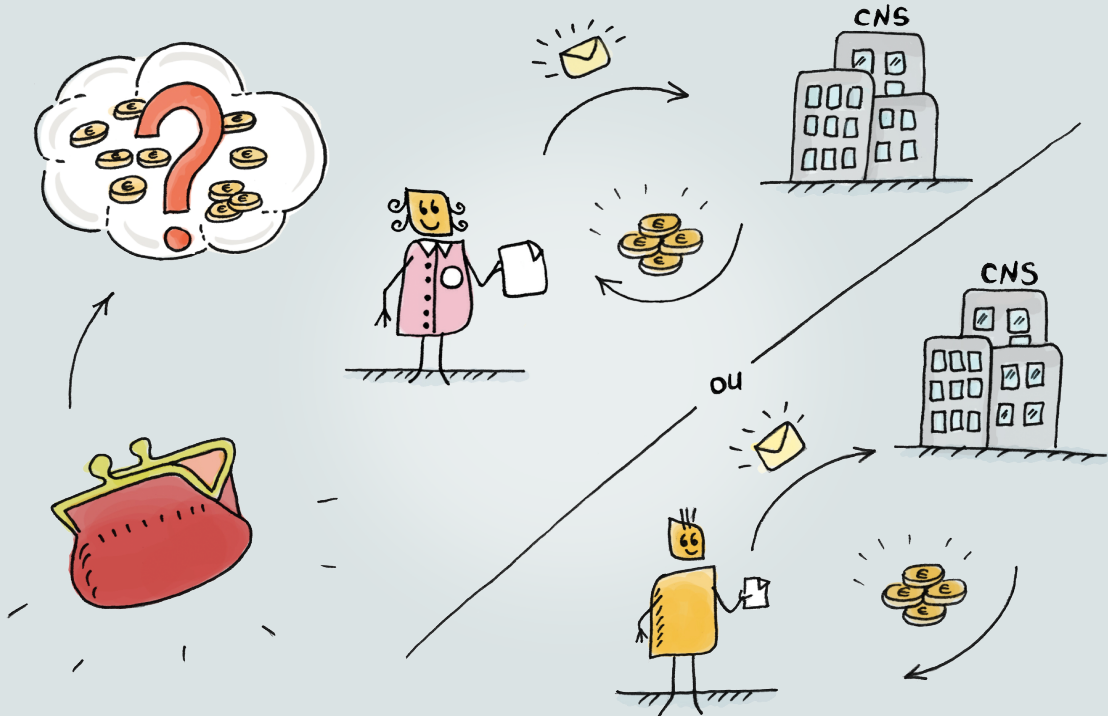
Si l'assurée reçoit un mémoire d'honoraires, elle doit en faire l'avance des frais et envoyer le mémoire d'honoraires dûment acquittée et l'ordonnance médicale, si nécessaire, à sa caisse compétente.

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des sages-femmes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%).

Droit à une indemnité pour perte d'honoraires

La sage-femme a le droit à une indemnité pour perte d'honoraires, si l'assurée n'est pas venue à son rendez-vous ou si elle a été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue, sans qu'elle ait averti la sage-femme au moins au courant du jour précédant le rendez-vous fixé.

L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dus, le cas échéant.



Frais de déplacement de la sage-femme à domicile

Les frais de déplacement comprennent l'indemnité de déplacement et les frais de voyage par kilomètre.

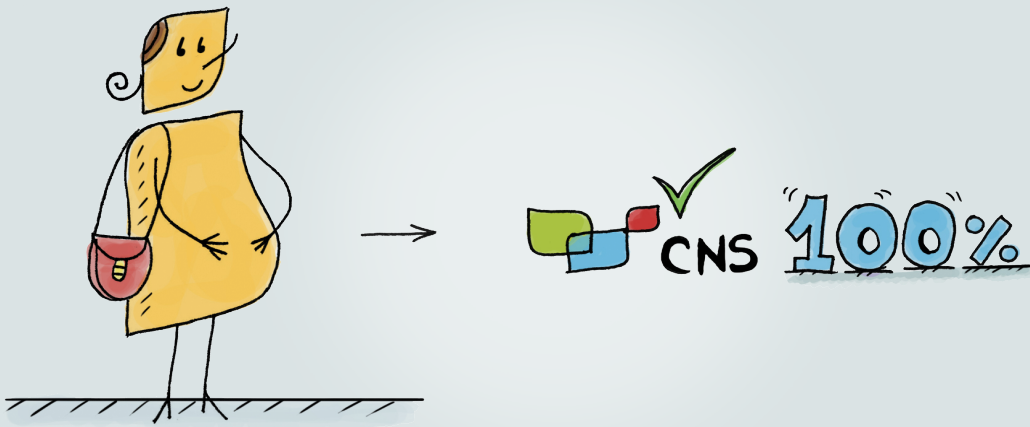
Les frais de déplacement de la sage-femme peuvent être pris en charge à condition que:

- le médecin indique sur l'ordonnance que l'assurée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux ;
- le déplacement a lieu sur le territoire luxembourgeois. Un déplacement au-delà de la frontière n'est pas pris en charge ;
- le traitement ait été accompli en milieu extra-hospitalier.

Soins de sages-femmes à l'étranger

En ce qui concerne le remboursement des soins de sages-femmes prestés dans le pays de résidence d'un travailleur frontalier, les prestations sont exclusivement remboursées par la caisse du pays de résidence, selon les taux, tarifs et conditions de ce pays.

La sage-femme établie au Luxembourg preste des soins uniquement au Luxembourg.



Pour en savoir plus :

www.cns.lu > Assuré > Vie privée > Prestations remboursées > Prestations paramédicales > Sages-femmes