

Insured persons are free to choose their healthcare provider, general practitioner or specialist.

#### How is healthcare covered?

- Payment in advance

In general, healthcare is covered through reimbursements provided by the CNS to the insured person who has paid medical fees upfront. In this case, the original doctor's invoice or other medical fees paid upfront, duly settled, must be sent to the CNS. The national identification number must be indicated. For the very first reimbursement request, a certificate of banking details (relevé d'identité bancaire RIB) must be enclosed. Letters sent to the CNS from within Luxembourg do not require a postage stamp.

- Third-party payment system

For certain types of healthcare, the costs are settled directly between the CNS and the provider/supplier. These include pharmaceutical costs, hospital costs, physiotherapy costs, laboratory costs etc.

In this case, the insured person is asked to pay only the portion of the costs not covered by health insurance, that is their personal statutory participation.

A positive list contains the medications covered by the CNS. They are organised in three different categories: 40%, 80% and 100%. Medications are usually covered through the third-party payment

#### Wie werden die Kosten übernommen?

- Kostenvorschuss

Grundsätzlich werden die Gesundheitsleistungen den Versicherten, welche einen Kostenvorschuss geleistet haben, zurückerstattet. Hierfür reicht es, der CNS die vorausbezahlten quittierten Originale der Honorarzettel oder anderer medizinischer Kosten einzureichen. Die nationale Identifikationsnummer muss angegeben werden. Falls es sich um die erste Anfrage bezüglich einer Rückerstattung handelt, muss eine Bescheinigung der Bankverbindung (RIB-relevé d'identité bancaire) beigefügt werden. Bei Postsendungen an die CNS aus Luxemburg braucht der Versicherte die Briefe nicht zu frankieren.

- Drittzahlersystem

Für gewisse Leistungen werden die Kosten direkt zwischen Dienstleister/Lieferant und der CNS abgerechnet. Es handelt sich insbesondere um Arzneimittelkosten, Krankenhauskosten, Kosten für Krankengymnastik, Laborkosten, usw.

In diesen Fällen muss der Versicherte nur den Teil der Kosten übernehmen, welche nicht von der Krankenversicherung gedeckt sind, d. h. seine satzungsgemäße Selbstbeteiligung.

Eine Positivliste enthält die von der CNS übernommenen Arzneimittel. Sie sind in drei verschiedenen Kategorien eingeteilt: 40%, 80% oder 100%. Sie werden grundsätzlich durch das Drittzahlersystem über-

nommen, d. h. der Versicherte bezahlt dem Apotheker, nach Vorweisen seiner Karte und der Verschreibung, nur den Teil der Kosten, welche von der CNS nicht rückerstattet werden oder vom Drittzahlersystem ausgeschlossen sind.

Im Krankenhausbereich sind die Aufenthaltskosten des Versicherten direkt von der Krankenversicherung gedeckt, mit Ausnahme der Arzthonorare. Jeder konsultierte Arzt stellt seine eigenen Honorarrechnungen aus. Der Versicherte muss die Kosten vorschießen und den Antrag auf Rückerstattung an die CNS senden. Ausnahmsweise können die Arztrechnungen vom Drittzahlersystem übernommen werden, wenn die Behandlungsdauer drei Tage übersteigt oder der Betrag pro Arzt höher als 100 Euro ist.

Es bleibt eine tägliche Beteiligung durch den Versicherten zu bezahlen, ausgenommen Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Im Fall eines Krankenhausaufenthalts infolge einer Entbindung ist diese Beteiligung während der ersten 12 Tage nicht geschuldet.

Falls sich bei einer stationären Behandlung der Versicherte aus persönlichen Gründen entscheidet sich in einem Krankenhauszimmer erster Klasse behandeln zu lassen, hat der Arzt das Recht, eine gegenüber der offiziellen Gebühr um 66% erhöhte Gebühr zu verlangen. Dieser Zuschlag wird nicht von der Krankenversicherung übernommen.

system, which means the insured person only pays the pharmacist the portion of the costs which are not reimbursed by the CNS or which are excluded from the third-party payment system. The medical prescription and the social security card must be presented.

Hospital costs are directly paid for by health insurance, except for doctors' fees. In fact, each doctor consulted issues their own medical invoices. The insured person must pay the costs upfront and send the reimbursement request to the CNS. As an exception, medical fees can be covered through the third-party payment system, if the hospital stay exceeds three days or if the amount per doctor exceeds 100 euros.

A daily participation is payable by the insured person, except for children under the age of 18. In the event of childbirth, this participation is not due during the first 12 days.

In the case of in-patient treatments, if the insured person has chosen to be treated for personal convenience in a 1<sup>st</sup> class hospital room, the doctor is entitled to apply a premium rate 66% higher than the official tariff. This surcharge is not covered by health insurance.

## Healthcare in Luxembourg

Coverage of healthcare is one of the main missions of health insurance. In order for health insurance to cover medical supplies and healthcare, the person must be insured.



### Affiliation

If the insured person starts working in Luxembourg, their employer (or potentially themselves, if they are self-employed) will declare their employment to the Joint Centre of Social Security (CCSS). The CCSS will send them a declaration of entry confirming their affiliation to the Luxembourg social security.

Once registered, they will receive a social security card bearing their national social security number. This card must be presented to healthcare providers.

## Leistungen in Luxemburg

Die Kostenübernahme der Gesundheitsversorgung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Krankenversicherung. Damit die Bedarfsmittel oder die Leistungen abgedeckt werden können, muss die Person versichert sein.

### Mitgliedschaft

Wenn der Versicherte in Luxemburg anfängt zu arbeiten, meldet sein Arbeitgeber (gegebenenfalls er selbst, wenn er selbstständig tätig ist) seine Beschäftigung beim Centre commun de la sécurité sociale (CCSS), welches dem Versicherten eine Beitrittserklärung zukommen lässt, mit der die Mitgliedschaft bei der Sozialversicherung bestätigt wird. Nach der Anmeldung erhält der Versicherte eine Sozialversicherungskarte, auf der die 13-stellige nationale Identifikationsnummer aufgeführt ist. Sie ist den Leistungserbringern vorzulegen.

### Mitversicherung von Familienmitgliedern

Jeder Minderjährige oder jedes Kind unter 30 Jahren, in Luxemburg wohnhaft und ohne persönliche Versicherung, kann im Rahmen des Möglichen von der Mitversicherung aufgrund der persönlichen Krankenversicherung eines Elternteils profitieren. Wenn beide Eltern in Luxemburg versichert sind, wird das Kind bei dem älteren Elternteil mitversichert.

### Caisse nationale de santé

**Adresse:**  
125, route d'Esch  
L-2980 Luxembourg

**Téléphone:**  
27 57 - 1

**Mail:**  
cns@secu.lu

**Site:**  
www.cns.lu

## Co-insurance of family members

All minors or children under the age of 30, residing in Luxembourg and not personally insured, may be co-insured with a parent who is personally registered with health insurance. If both parents are personally insured, the child is co-insured with the older parent.

For the spouse (marriage) or partner (PACS) residing in Luxembourg and not personally insured, the CNS may proceed with co-insurance upon request. If the spouse or partner to be co-insured recently moved to Luxembourg, an S041 or E104 form (countries of the EU, the EEA and Switzerland) or a similar form (countries linked by bilateral agreement to Luxembourg) issued by the former health insurance fund before relocating to Luxembourg proving that they are no longer insured there must be presented to the CNS. If the former country of insurance is a country not linked by agreement to Luxembourg, the CNS provides a declaration of honour which must be filled out by the family member who wishes to be co-insured.

A family member may be co-insured only if they are not otherwise affiliated. Once the co-insurance is processed, the family member

receives a social security card.

Important: For cross-border workers, dependent family members are determined by the legislation of the country of residence. The health insurance fund of the country of residence issues a certificate or document indicating which family members may be co-insured in Luxembourg. If the family member to be co-insured does not have a national identification number in Luxembourg, a certificate of household composition as well as a birth certificate/marriage certificate/partnership declaration must be included with the request.

## Reimbursements

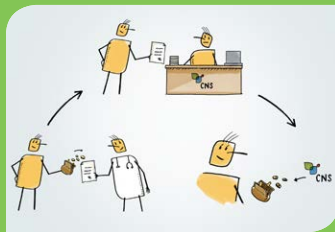
### What type of care and which supplies are covered?

Generally speaking, health insurance only covers healthcare expenses relating to acts, services and supplies provided for by the Social Security Code and registered in the nomenclatures or lists provided by the laws, regulations, agreements and statutes. Coverage is made in accordance with conditions, procedures and rates determined by the CNS statutes.

The broad categories of healthcare covered are the following: medical and dental care; treatments provided by health professionals (physiotherapists, psychomotricians, midwives, speech therapists, medical analysis laboratories and providers of palliative care); orthoses, prostheses and epitheses; medications and medical supplies; treatments provided in hospitals and costs relating to hospital stays; therapeutic and convalescence cures; functional rehabilitation/readaptation; transport expenses incurred in connection with health care and palliative care.

Certain acts or services may only be covered once they have been authorised or previously authorised by the CNS/CMSS (examples: in-vitro fertilisation, cures, dental prostheses, orthodontics, etc.). The doctor usually submits the request to the CNS for authorisation, upon advice by the CMSS.

Other acts and services must be validated by the CNS upon presentation of a medical prescription; this validation takes the form of a certificate of coverage (example: physiotherapy).



Für den Ehegatten (Heirat) oder Lebenspartner (PACS), welcher in Luxemburg wohnhaft ist und nicht persönlich versichert ist, nimmt die CNS die Mitversicherung auf Antrag vor. Falls der Ehegatte oder Lebenspartner, welcher mitzuversichern ist, kürzlich nach Luxemburg gezogen ist, so ist der CNS ein Formular S041, bzw. E104 (Land innerhalb der EU, des EWR oder die Schweiz) oder ein ähnliches Dokument (Länder die mit Luxemburg ein bilaterales Abkommen unterzeichnet haben) vorzulegen. Dieses ist von der ehemaligen Krankenkasse vor Ankunft in Luxemburg auszustellen und bescheinigt, dass keine Versicherung mehr besteht. Wenn die frühere Versicherung in einem Drittland bestand, welches kein bilaterales Abkommen mit Luxemburg unterzeichnet hat, übermittelt die CNS eine eidesstattliche Erklärung, welche vom mitzuversichernden Familienmitglied auszufüllen ist.

Ein Familienmitglied kann nur mitversichert werden, wenn es nicht anderweitig versichert ist. Sobald die Mitversicherung eingetragen ist, erhält das mitversicherte Familienmitglied eine Sozialversicherungskarte.

Achtung: Bei Grenzgängern werden die Familienmitglieder, welche mitzuversichern sind, durch die Gesetzgebung des Wohnlandes be-

stimmt. Die zuständige Krankenkasse des Wohnlandes stellt eine Bescheinigung aus, aus der hervorgeht, welche Familienmitglieder in Luxemburg mitzuversichern sind. Falls das mitzuversichernde Familienmitglied in Luxemburg über keine Identifikationsnummer verfügt, so ist eine Zusammensetzung des Haushalts wie auch eine Geburtsurkunde/Heiratsurkunde/Partnerschaftserklärung dem Antrag beizulegen.

## Rückerstattungen

### Welche Leistungen und Bedarfsmittel werden übernommen?

Grundsätzlich beteiligt sich die Krankenversicherung nur an den Kosten der Gesundheitsversorgung gemäß den im Gesetzbuch der sozialen Sicherheit vorgesehenen und in den, von den Gesetzen, Verordnungen, Abkommen oder Satzungen, vorgesehenen Nomenklaturen oder Listen eingeschriebenen Handlungen, Leistungen und Versicherungen. Die Beteiligung erfolgt gemäß den in den Satzungen der CNS festgelegten Bedingungen, Modalitäten und Tarifen.

Folgende Hauptkategorien von Leistungen werden übernommen: ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Behandlungen, welche durch

Gesundheitsfachkräfte vorgenommen werden (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Hebammen, Orthopäden, Analyselaboratorien und Anbieter von Palliativpflege); Orthesen, Prothesen und Epithesen; Arzneimittel und Medizintechnik; im Krankenhaus vorgenommene Behandlungen und Kosten des Krankenhausaufenthalts; therapeutische Kuren und Erholungskuren; Rehabilitation; Kosten für Krankentransport und Palliativpflege.

Gewisse Behandlungen oder Leistungen können nur nach Bewilligung oder vorheriger Bewilligung durch CNS/kontrollärztlichen Dienst der sozialen Sicherheit (CMSS) übernommen werden (z. B. In-vitro-Befruchtung, Kuren, Zahnprothesen, kieferorthopädische Behandlungen, usw.). Grundsätzlich legt der Arzt den Antrag der CNS zwecks Genehmigung, nach Stellungnahme des CMSS, vor.

Anderere Behandlungen und Leistungen müssen durch die CNS validiert werden, dies durch Ausstellung einer Kostenübernahmebescheinigung unter Vorlage einer ärztlichen Verschreibung (z. B. Krankengymnastik).

Die Versicherten sind frei, sich an die Leistungserbringer ihrer Wahl zu wenden, seien dies Generalisten oder Spezialisten.