

Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix, généraliste ou spécialiste.

Comment sont pris en charge les frais ?

- Avance des frais

En général, les soins de santé sont accordés sous forme de remboursement par la CNS aux assurés qui ont fait l'avance des frais. Dans ce cas, il suffit de transmettre les originaux des mémoires d'honoraires ou autres frais médicaux avancés, dûment acquittés, à la CNS. Le numéro national d'identification doit être indiqué. S'il s'agit de la première demande de remboursement, un relevé d'identité bancaire (RIB) est à joindre à la demande. Pour les envois à la CNS depuis le Luxembourg, l'assuré n'a pas besoin d'apposer de timbre.

- Système du tiers-payant

Pour certains types de soins, les frais sont réglés directement entre le prestataire/fournisseur et la CNS. Il s'agit notamment de frais pharmaceutiques, frais hospitaliers, frais de kinésithérapie, frais de laboratoires etc.

Dans ce cas, l'assuré est tenu de payer uniquement la partie des frais qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, c.-à-d. sa participation statutaire personnelle.

Une liste positive reprend les médicaments pris en charge par la CNS. Ils y sont rangés dans trois classes différentes: 40%, 80% ou 100%.

Ils sont pris en charge de manière générale par le système du tiers payant, c.-à-d. l'assuré paie au pharmacien sur présentation de sa carte et de l'ordonnance uniquement la partie des frais qui n'est pas remboursée par la CNS ou qui est exclue du système tiers payant.

En milieu hospitalier, les frais de séjour des assurés sont directement couverts par l'assurance maladie, à l'exception des honoraires médicaux. En effet, chaque médecin consulté établit ses propres mémoires d'honoraires. L'assuré doit avancer les frais et envoyer la demande de remboursement à la CNS. Par exception, les honoraires médicaux peuvent être pris en charge par le système du tiers payant, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse cent euros.

Il restera une participation journalière à payer par l'assuré, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis. En cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, cette participation n'est pas due pendant les 12 premiers jours.

En cas de traitement stationnaire, si l'assuré a choisi de se faire soigner pour convenance personnelle dans une chambre d'hôpital de 1^{ère} classe, le médecin a le droit d'appliquer un tarif majoré de 66 % par rapport au tarif officiel. Ce supplément n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Como são suportadas as despesas?

- Pagamento adiantado das despesas

De uma forma geral, a CNS suporta as despesas reembolsando o segurado pelas despesas que já foram pagas. Para tal, o segurado só tem de apresentar à CNS os originais das notas de honorários ou outras despesas médicas já pagas. É necessário indicar o número nacional de identificação. Se for o primeiro pedido de reembolso, é necessário anexar ao pedido uma declaração de identificação bancária. Para os envios para a CNS a partir do Luxemburgo não é necessário apor um selo.

- Sistema de terceiro pagador

Para determinados tipos de cuidados, as despesas são liquidadas diretamente entre o prestador/fornecedor e a CNS. Por exemplo, despesas farmacêuticas, despesas hospitalares, despesas de fisioterapia, despesas laboratoriais, entre outras.

Neste caso, o segurado apenas tem de pagar a parte das despesas que não é assumida pelo seguro de saúde, ou seja, a sua participação estatutária pessoal.

Uma lista positiva enumera os medicamentos cobertos pela CNS. Os medicamentos são classificados em três categorias diferentes: 40%, 80% ou 100%. De uma maneira geral, são assumidos pelo sistema do terceiro pagador, ou seja, o segurado paga ao farmacêutico, mediante apresentação do cartão e da receita, apenas a parte das despesas que

não são reembolsadas pela CNS ou que estão excluídas do sistema terceiro pagador.

No meio hospitalar, as despesas de hospitalização dos segurados são diretamente cobertas pelo seguro de saúde, à exceção dos honorários médicos. Na realidade, cada médico consultado estabelece os seus próprios honorários. O segurado deve proceder ao pagamento adiantado das despesas e enviar o pedido de reembolso à CNS. A título excepcional, os honorários médicos podem ser cobertos pelo sistema do terceiro pagador, se a duração do tratamento for superior a três dias ou se o valor por médico for superior a cem (100) euros.

O segurado terá de pagar uma participação diária, salvo os menores de 18 anos. Em caso de hospitalização após um parto, o segurado não tem de pagar esta participação nos primeiros 12 dias.

Em caso de tratamento em regime de internamento, se o segurado optou, por razões de conveniência pessoal, por uma cama de hospital de primeira classe, o médico tem o direito de aplicar uma tarifa majorada de 66% face à tarifa oficial. O seguro de saúde não cobre este suplemento.

Caisse nationale de santé

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

Téléphone:
27 57 - 1

Mail:
cns@secu.lu

Site:
www.cns.lu

Info letter

Les soins au Luxembourg

La prise en charge des soins de santé fait partie des missions principales de l'assurance maladie. Pour que les fournitures ou soins puissent être couverts, la personne doit être affiliée.



Affiliation

Si l'assuré commence à travailler au Luxembourg, son employeur (éventuellement lui-même s'il est indépendant) déclare son activité au Centre commun de la sécurité sociale, lequel envoie à l'assuré une déclaration d'entrée confirmant l'affiliation à la sécurité sociale.

Par la suite, l'assuré reçoit une carte de sécurité sociale qui porte le numéro national d'identification à 13 chiffres. Elle est à présenter aux prestataires.

Os cuidados de saúde no Luxemburgo

Uma das principais missões do seguro de saúde é assumir os custos dos cuidados de saúde. Para que os fornecimentos ou cuidados possam esta cobertos, a pessoa tem de estar registada.

Registo

Quando o segurado começar a trabalhar no Luxemburgo, a sua entidade empregadora (ou ele próprio, caso seja trabalhador independente) declara a sua atividade no Centro Comum da Segurança Social. Depois, este Centro envia ao segurado uma declaração de entrada que confirma a inscrição na Segurança Social. Posteriormente, o segurado recebe um cartão da Segurança Social com o número nacional de identificação composto por 13 algarismos. Este cartão tem de ser apresentado aos prestadores dos cuidados de saúde.

Cosseguro dos membros da família

Todos os menores ou filhos com menos de 30 anos, que residam no Luxemburgo e não disponham de um registo pessoal, podem beneficiar, na medida do possível, do cosseguro de saúde do pai inscrito a título pessoal. Se os dois pais estiverem inscritos no Luxemburgo, o filho fica associado ao pai mais velho.

Coassurance des membres de famille

Tout mineur ou enfant âgé de moins de 30 ans, résidant au Luxembourg et ne disposant pas d'une affiliation personnelle, peut bénéficier, dans la mesure du possible, de la coassurance dans le chef de l'affiliation du parent affilié à titre personnel à l'assurance maladie. Si les deux parents sont affiliés au Luxembourg, l'enfant est rattaché au parent le plus âgé.

Pour le conjoint (mariage) ou partenaire (PACS) résidant au Luxembourg et qui n'est pas affilié personnellement, la CNS procède à la coassurance sur demande. Si le conjoint ou partenaire à coassurer a récemment déménagé au Luxembourg un formulaire S041 resp. E104 (pays de l'UE, de l'EEE et de la Suisse) ou similaire (pays liés par une convention bilatérale au Luxembourg) émis par l'ancienne caisse de maladie avant son arrivée au Luxembourg et prouvant qu'il n'y est plus affilié est à présenter à la CNS. Si l'ancien pays d'affiliation est un pays tiers non-lié par convention au Luxembourg, la CNS transmettra une attestation sur l'honneur à remplir par le membre de famille à coassurer.

Un membre de famille ne peut être coassuré que s'il n'est pas autre-

ment affilié. Une fois la coassurance enregistrée, le membre de famille coassuré reçoit une carte de sécurité sociale.

Attention: Pour les travailleurs frontaliers, les membres de famille à coassurer sont déterminés par la législation du pays de résidence. La caisse de maladie compétente du pays de résidence émet une attestation indiquant les membres de famille à coassurer au Luxembourg. Si le membre de famille à coassurer ne dispose pas de numéro d'identification au Luxembourg, une composition de ménage ainsi qu'un acte de naissance/acte de mariage/déclaration de partenariat sont à joindre à la demande.

Remboursements

Quels soins et fournitures sont pris en charge ?

En principe, l'assurance maladie participe uniquement aux frais de soins de santé se rapportant aux actes, services et fournitures prévus par le Code de la sécurité sociale et inscrits dans les nomenclatures ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts. La prise en charge se fait suivant les conditions, modalités et taux

déterminés par les statuts de la CNS.

Les grandes catégories de soins pris en charge sont les suivants : soins de médecine et de médecine dentaire ; traitements effectués par des professionnels de santé (kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, orthophonistes, laboratoires d'analyses et prestataires de soins palliatifs) ; orthèses, prothèses et épithèses ; médicaments et dispositifs médicaux ; traitements effectués en milieu hospitalier et frais de séjour à l'hôpital ; cures thérapeutiques et de convalescence ; soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles ; frais de transport des malades et soins palliatifs.

Certains actes ou services ne peuvent être pris en charge que sur autorisation ou autorisation préalable de la CNS/Contrôle médical de la sécurité sociale CMSS (ex.: fécondation in vitro, cures, prothèses dentaires, orthodontie, etc.). En principe, le médecin soumet la demande à la CNS pour accord, sur avis du CMSS.

D'autres actes et services doivent être validés par la CNS par l'émission d'un titre de prise en charge sur présentation d'une ordonnance médicale (ex.: kinésithérapie).



Relativamente ao cônjuge (casamento) ou parceiro (pacto civil de solidariedade - PACS) residente no Luxemburgo e que dispõem de um registo pessoal, a CNS procede ao cosseguro mediante pedido. Se o cônjuge ou parceiro objeto do cosseguro se mudou recentemente para o Luxemburgo, deve ser apresentado à CNS o formulário E104 (UE, EEE e Suíça) ou semelhante (países com uma convenção bilateral com o Luxemburgo) emitido pela anterior caixa de previdência antes da sua entrada no Luxemburgo e atestando que já não está inscrito nessa mesma caixa de previdência. Se o anterior país de registo for um país terceiro que não celebrou nenhuma convenção com o Luxemburgo, a CNS transmitirá uma declaração sob compromisso de honra que deve ser preenchida pelo membro da família objeto do cosseguro.

Um membro da família só pode beneficiar do cosseguro se não estiver registado de outra forma. Depois de registado o cosseguro, o membro da família cossegurado recebe um cartão da Segurança Social.

Atenção: para os trabalhadores fronteiriços, os membros da família objeto de cosseguro são determinados pela legislação do país de residência. A caixa de previdência competente do país de residência emite um certificado que indica os membros da família que devem

ser objeto de cosseguro no Luxemburgo. Se o membro da família objeto do cosseguro não dispuser de um número de identificação no Luxemburgo, deve ser enviado conjuntamente com o pedido um certificado de composição do agregado familiar, bem como uma certidão de nascimento/certidão de casamento/declaração de PACS.

Reembolsos

Quais são os fornecimentos e cuidados cobertos?

Em princípio, o seguro de saúde cobre apenas as despesas de cuidados de saúde relativas aos atos, serviços e fornecimentos previstos no Código da Segurança Social e inscritos nas nomenclaturas ou listas previstas na legislação, regulamentos, convenções e estatutos. A assunção das despesas é feita de acordo com as condições, modalidades e taxas determinadas nos estatutos da CNS.

Estas são as principais categorias de cuidados de saúde cobertos: cuidados médicos e medicina dentária; tratamentos efetuados por profissionais de saúde (fisioterapeutas, especialistas em psicomotricidade, parteiras, terapeutas da fala, laboratórios de análises e prestadores de

cuidados paliativos); órteses e próteses; medicamentos e dispositivos médicos; tratamentos efetuados em meio hospitalar e despesas de hospitalização; tratamentos terapêuticos e de convalescença; cuidados de reabilitação e readaptação funcionais; despesas de deslocação das pessoas doentes e cuidados paliativos.

Alguns atos ou serviços só podem ser assumidos mediante prévia autorização da CNS/Junta Médica da Segurança Social (fecundação in vitro, tratamentos, próteses dentárias, ortodontia, entre outros). Em princípio, o seu médico envia o pedido à CNS, para obter autorização prévia da CNS com base num parecer da Junta Médica da Segurança Social.

Outros atos e serviços devem ser validados pela CNS por meio da emissão de um certificado de cobertura, mediante a apresentação de uma prescrição médica (por exemplo, fisioterapia).

Os segurados podem escolher livremente os prestadores de cuidados de saúde (generalistas ou especializados) que entenderem.