

# Quel est le rôle de la CNS dans le remboursement des soins ?

## Réponse courte

La **CNS (Caisse nationale de santé)** est l'organisme public chargé de gérer le régime général d'**assurance maladie-maternité** au Luxembourg. Elle organise le remboursement des frais de soins de santé pour les assurés du secteur privé, les ouvriers de l'État et leurs ayants droit, coordonne les relations avec les prestataires de soins et veille à l'application des conventions tarifaires et des nomenclatures officielles.

Le remboursement s'effectue soit via le **tiers payant** (l'assuré ne paie que sa participation, généralement 12% en cabinet médical), soit sur présentation de factures acquittées par l'assuré, qui envoie ensuite une demande à la **CNS** dans un **délai de 2 ans** maximum, en respectant les plafonds de remboursement fixés par nomenclature. Le taux de remboursement dépend de la nature de l'acte et des conventions en vigueur. La **CNS** garantit l'égalité de traitement entre assurés, le respect des procédures légales et la possibilité de recours en cas de litige.

## Définition

La Caisse nationale de santé (**CNS**) est l'organisme public chargé de la gestion du régime général d'assurance maladie-maternité au Luxembourg. Elle assure la couverture des risques liés à la **maladie**, à la **maternité**, au **décès** et à la **dépendance** pour les salariés du secteur privé, les indépendants, les ouvriers de l'État, les pensionnés et leurs ayants droit.

La **CNS** organise le remboursement des frais de soins de santé, coordonne les relations avec les prestataires de soins conventionnés, veille à l'application des tarifs réglementaires et des nomenclatures officielles, et verse également des indemnités pécuniaires (indemnités maladie et maternité).

## Questions fréquentes

### Comment contester une décision de remboursement de la CNS ?

En cas de litige sur un remboursement, l'assuré peut contester auprès de la CNS, puis former un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales et, en appel, le Conseil supérieur des assurances sociales. Les voies de recours sont précisées sur les notifications.

### Comment fonctionne le tiers payant à la CNS ?

Avec le tiers payant, l'assuré ne paie que sa participation, généralement 12% en cabinet médical. La CNS règle directement le reste au prestataire conventionné. Le tiers payant s'applique pleinement en pharmacie et en milieu hospitalier sur présentation de la carte de sécurité sociale.

### Comment se faire rembourser par la CNS sans tiers payant ?

L'assuré paie la facture, puis envoie la demande de remboursement à la CNS dans un délai de prescription de 2 ans à compter du paiement. Le remboursement s'effectue selon les tarifs conventionnels en vigueur, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

### Quel est le rôle de la CNS dans le remboursement des soins ?

La Caisse nationale de santé (CNS) gère le régime général d'assurance maladie-maternité. Elle organise le remboursement des frais de santé pour les assurés du privé, ouvriers de l'État et ayants droit, coordonne les prestataires de soins et applique les conventions tarifaires officielles.

### Quel taux de remboursement pour une consultation médicale en cabinet ?

Une consultation chez un médecin conventionné en cabinet est remboursée à 88% du tarif conventionnel. La participation de 12% reste à la charge de l'assuré, sauf exonération particulière. Tout dépassement d'honoraires éventuel n'est pas remboursé par la CNS.

### Qui est couvert par la CNS au Luxembourg ?

La CNS couvre les salariés du secteur privé, les indépendants, les ouvriers de l'État, les pensionnés et leurs ayants droit (conjoint sans activité, enfants à charge). L'égalité de traitement entre assurés est garantie. Les frontaliers bénéficient des mêmes droits que les résidents.

## Conditions d'exercice

Pour bénéficier du remboursement des soins par la CNS, la personne doit être **affiliée au régime général** d'assurance maladie luxembourgeois, soit en tant qu'assuré principal (salarié du secteur privé, ouvrier de l'État, indépendant, pensionné), soit en tant qu'ayant droit (conjoint, partenaire, enfant à charge). L'affiliation prend effet dès le début de l'activité professionnelle via la déclaration au **Centre commun de la sécurité sociale (CCSS)**.

Les soins doivent être dispensés par des **prestataires conventionnés** reconnus par la CNS. L'assuré dispose d'un **libre choix** du médecin (généraliste ou spécialiste, sans nécessité de prescription préalable pour consulter un spécialiste). L'égalité de traitement entre assurés doit être strictement respectée, conformément aux principes du Code de la sécurité sociale.

## Modalités pratiques

Le remboursement des soins par la CNS s'effectue selon deux modalités principales :

**1. Tiers payant** : L'assuré présente sa carte de sécurité sociale et ne paie que sa participation (12% pour une consultation en cabinet, 20% pour une visite à domicile, 0% pour certains soins comme chimiothérapie, radiothérapie). La CNS règle directement le prestataire pour le reste.

**2. Remboursement sur factures** : L'assuré règle la totalité de la facture au prestataire, puis adresse une demande de remboursement à la CNS accompagnée des pièces justificatives :

- Factures originales acquittées avec le numéro matricule à 13 chiffres
- Preuves de paiement valides (pas de captures d'écran)
- Prescription médicale si nécessaire

**Délai de prescription** : 2 ans à compter du jour de règlement de la facture. Au-delà, la demande est refusée.

**Participation annuelle maximale** : 2,5% du revenu cotisable de l'année précédente. L'excédent peut être remboursé sur demande.

Certains actes ou produits sont soumis à des conditions particulières (médicaments non remboursables, soins à l'étranger nécessitant parfois une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale - CMSS).

## Pratiques et recommandations

**Vérifier** systématiquement l'**affiliation effective** des salariés et ayants droit auprès du CCSS afin d'éviter tout refus de remboursement.

**Inform**er les salariés sur la nécessité de conserver les **justificatifs originaux** (factures, prescriptions, preuves de paiement), sur le **délai de 2 ans** pour demander le remboursement, et sur l'importance de consulter des **prestataires conventionnés** pour un remboursement optimal.

**Pour** les soins réalisés à l'étranger, une **autorisation préalable** du CMSS peut être requise, comme détaillé dans les conditions de remboursement des soins reçus hors Luxembourg. Il convient de sensibiliser les salariés à anticiper ces démarches.

**En** cas de litige ou de refus de remboursement, un **recours** peut être introduit auprès des juridictions de la sécurité sociale. Le respect de la **confidentialité des données de santé** et du principe de **non-discrimination** doivent être garantis à chaque étape.

## Cadre juridique

Référence	Objet
<b>CSS, art. 1-18</b>	Affiliation, ayants droit, conditions d'ouverture des droits
<b>CSS, art. 56-77</b>	Organisation et fonctionnement de la <u>CNS</u>
<b>CSS (prestations)</b>	Prestations en nature et en espèces, recours et contentieux
<b>Règlements grand-ducaux</b>	Assurance maladie-maternité (remboursement, taux, nomenclatures)
<b>Conventions <u>CNS</u></b>	Relations avec les prestataires de soins (cns.lu)
<b>Code du travail, art. <u>L.251-1</u></b>	Égalité de traitement
<b>Loi modifiée du 2 août 2002</b>	Protection des données (RGPD)

Informez régulièrement les salariés sur le **délai de prescription de 2 ans** pour les demandes de remboursement et sur les évolutions des taux et procédures CNS. Vérifiez que la carte de sécurité sociale est bien reçue après l'affiliation. Rappelez l'importance de conserver les originaux des factures et preuves de paiement. Assurez-vous que la confidentialité des données de santé et l'égalité de traitement sont respectées conformément à la législation en vigueur.

Les contenus sont rédigés et mis à jour régulièrement à partir de sources officielles. Leur usage ne remplace pas une consultation juridique et doit être validé par un professionnel du droit.