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.

© 2026 www.pixie.lu · IA/RH spécialisée en droit du travail luxembourgeois

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 délai de deux ans de l'article 84, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale court à compter du paiement du prestataire, non de la date des soins : c'est la date de règlement qui est à surveiller.

© 2026 www.pixie.lu · IA/RH spécialisée en droit du travail luxembourgeois

Voie	Fonctionnement	Ce qui reste à charge
Tiers payant	La carte de sécurité sociale suffit ; la CNS règle directement le prestataire	La seule participation personnelle
Paiement immédiat direct	Chez un prestataire équipé, l'assuré ne règle que sa participation	La participation
Remboursement sur facture	L'assuré paie, puis adresse à la CNS le mémoire d'honoraires acquitté portant son matricule à treize chiffres	L'avance de trésorerie
Pièces exigées	Facture originale acquittée, preuve de paiement, prescription lorsqu'elle est requise	—
Délai	Deux ans à compter du paiement du prestataire ; passé ce terme, l'action est prescrite (art. 84, al. 3 CSS)	—
Soins à l'étranger	Autorisation préalable de la CNS sur avis motivé du Contrôle médical pour les soins programmés (art. 20 et 20bis CSS)	Le dépassement du tarif luxembourgeois
Plafond des participations	Au-delà de 2,5 % du revenu cotisable de l'année précédente, l'excédent est remboursé sur demande (statuts de la CNS)	—

Les taux de participation eux-mêmes ne figurent pas dans le Code : ils sont fixés par les statuts de la CNS et par la nomenclature des actes, l'article 17 se bornant à énumérer les prestations prises en charge.

Pratiques et recommandations

Le remboursement suppose une affiliation active au moment des soins. Le contrôle utile porte donc sur les périodes de transition — embauche récente, retour après une longue absence, coassurance d'un ayant droit — plutôt que sur le cours normal de la relation de travail.

Le délai de deux ans pour présenter une demande de remboursement court à partir du paiement au prestataire (art. 84, al. 3 CSS). C'est l'information à donner au salarié qui accumule ses justificatifs : passé ce délai, la CNS ne rembourse plus, quelle que soit la régularité de l'affiliation.

Les soins programmés à l'étranger supposent une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Demandée après coup, elle ne rattrape pas la prise en charge : c'est le point à anticiper avec le salarié dès qu'un traitement hors Luxembourg est envisagé.

En cas de refus, l'assuré forme opposition devant le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé dans les quarante jours (art. 47 CSS), puis attaque la décision rendue sur opposition devant le Conseil arbitral. L'employeur n'est pas partie à cette procédure et n'a pas à connaître le motif médical du refus.

© 2026 www.pixie.lu · IA/RH spécialisée en droit du travail luxembourgeois

Cadre juridique

Référence	Objet
CSS, art. 1-18	Affiliation, ayants droit, conditions d'ouverture des droits
CSS, art. 56-77	Organisation et fonctionnement de la CNS
CSS (prestations)	Prestations en nature et en espèces, recours et contentieux
Conventions CNS	Relations avec les prestataires de soins (cns.lu)
Code du travail, art. L.251-1	Égalité de traitement
Loi modifiée du 1er août 2018	Organisation de la CNPD et mise en œuvre du RGPD

L'action de l'assuré à l'égard de la Caisse nationale de santé se prescrit par deux ans à compter du paiement du prestataire (art. 84, alinéa 3, CSS). Les originaux des factures et les preuves de paiement conditionnent le remboursement et doivent donc être conservés jusqu'à son terme. Les données de santé restent couvertes par le secret : l'employeur n'y accède pas.

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.