Quels sont les soins remboursés par la CNS au Luxembourg ?

Réponse courte

La **Caisse nationale de santé (CNS)** rembourse l'ensemble des **soins médicalement nécessaires** selon des taux de prise en charge qui atteignent **88 %** pour les consultations et visites des adultes — soit une participation personnelle de 12 % — et **100 %** pour les moins de 18 ans, en fonction de la nature des prestations et de la nomenclature applicable. Les prestations remboursables comprennent les **consultations médicales**, **soins dentaires**, **hospitalisations**, médicaments inscrits sur la liste positive officielle, **analyses médicales**, **dispositifs médicaux** homologués et **actes préventifs**, sous réserve du respect des conditions légales et procédures administratives.

Le délai pour introduire une demande de remboursement est de **deux ans** à compter de la date de paiement de la facture. Les assurés doivent présenter leur carte de sécurité sociale avec matricule à 13 chiffres aux prestataires de soins conventionnés.

Définition

La **Caisse nationale de santé (CNS)** est l'organisme public luxembourgeois chargé de la gestion de l'assurance maladie-maternité obligatoire pour les salariés du secteur privé et les travailleurs indépendants. Elle assure le remboursement des prestations de santé selon les conditions définies par le Code de la sécurité sociale et les nomenclatures officielles des actes et services.

Le système de remboursement couvre les **prestations médicales, paramédicales, pharmaceutiques et hospitalières** nécessaires au maintien, à la restauration ou à l'amélioration de la santé des assurés. Les taux de remboursement sont déterminés par nomenclature et peuvent faire l'objet de modifications réglementaires. L'affiliation à la CNS est obligatoire pour tous les salariés et travailleurs indépendants exerçant une activité au Luxembourg.

Questions fréquentes

Comment présenter sa carte de sécurité sociale pour le remboursement ?

L'assuré présente sa carte de sécurité sociale luxembourgeoise (avec matricule à 13 chiffres) aux prestataires conventionnés. Cette présentation déclenche le tiers payant en pharmacie et hôpital ou ouvre le remboursement en cabinet médical après paiement direct.

Les actes préventifs sont-ils remboursés par la CNS ?

Oui, certains actes préventifs sont remboursés (vaccinations, dépistages, examens médicaux périodiques). Les conditions et taux dépendent de la nomenclature officielle. Les bilans de santé prévus dans le cadre de la médecine du travail relèvent d'un autre régime.

Les médicaments sont-ils tous remboursés par la CNS ?

Seuls les médicaments inscrits sur la liste positive officielle sont remboursés (généralement à 80%, parfois à 100% pour les médicaments à 100%). Les médicaments hors liste ne donnent pas droit à remboursement. Le pharmacien applique le tiers payant en cas d'inscription.

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

Les soins dentaires sont-ils remboursés par la CNS ?

Oui, les soins dentaires conservateurs (détartrage, caries) sont remboursés à 88% pour les adultes et 100% pour les moins de 18 ans. Les prothèses sont remboursées à 80%. Un forfait annuel de 79,22 euros est pris en charge à 100% pour les adultes.

Quel est le délai pour demander un remboursement à la CNS ?

Le délai pour introduire une demande de remboursement est de deux ans à compter de la date de paiement de la facture (prescription). Passé ce délai, la demande n'est plus recevable. La demande peut être déposée via MyGuichet.lu ou par courrier.

Quels soins sont remboursés par la CNS au Luxembourg ?

La CNS rembourse les soins médicalement nécessaires : consultations, soins dentaires, hospitalisations, médicaments inscrits sur liste positive, analyses, dispositifs médicaux et actes préventifs. Les taux varient de 70% à 100% selon la nomenclature, avec 100% pour les mineurs.

Conditions d’exercice

La prise en charge n'est jamais acquise du seul fait de l'affiliation : elle suppose que la prestation figure à la nomenclature et qu'elle reste dans les limites de l'utile et du nécessaire.

Condition	Contenu	Base légale
Affiliation	Assurance maladie luxembourgeoise en cours, comme assuré principal ou ayant droit	Art. 1er et 425 CSS
Nature de la prestation	Figurer parmi les prestations prises en charge : soins de médecine, médecine dentaire, analyses, médicaments, hospitalisation	Art. 17 CSS
Mesure	Ne pas dépasser l'utile et le nécessaire, dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement	Art. 23, al. 1 CSS
Prestataire	Prestataire conventionné, exerçant légalement ; tarifs de la nomenclature	Art. 17 et 60 CSS
Prescription médicale	Exigée pour les médicaments et les actes qui la requièrent	Art. 23, al. 1 CSS
Accord préalable	Requis pour les actes que les statuts désignent, et pour les soins programmés à l'étranger	Art. 20 et 20bis CSS
Identification	Carte de sécurité sociale portant le matricule à treize chiffres, présentée à chaque prestation	—

La liste des actes remboursables et leurs taux relèvent de la nomenclature et des statuts de la CNS, que le conseil d'administration modifie par décision soumise à approbation ministérielle : ils changent plus souvent que le Code.

Modalités pratiques

Les taux ci-dessous sont ceux des statuts de la CNS, non du Code de la sécurité sociale : ils sont à revérifier à chaque modification statutaire publiée au Journal officiel.

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

Prestation	Prise en charge	Remarque
Consultation médicale	88 % du tarif	100 % pour les assurés de moins de 18 ans
Hospitalisation, classe standard	100 %	Hors honoraires médicaux et suppléments de confort
Maternité et accouchement	100 %	—
Médicaments	100 %, 80 % ou 40 %	Selon la classe de la liste positive
Analyses et imagerie	80 % ou 100 %	Selon la nomenclature applicable
Soins dentaires et paramédicaux	Selon nomenclature dentaire ou paramédicale	Kinésithérapie, orthophonie, soins infirmiers, psychothérapie sur prescription
Demande de remboursement	Deux ans à compter du paiement du prestataire	Art. 84, al. 3 CSS ; originaux acquittés portant le matricule
Plafond des participations	Excédent remboursé au-delà de 2,5 % du revenu cotisable de l'année précédente	Sur demande, selon les statuts de la CNS

Le remboursement intervient par virement bancaire, l'article 84, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale en faisant le mode de paiement obligatoire des prestations.

Pratiques et recommandations

Trois familles de soins supposent un accord préalable de la CNS avant l'engagement de la dépense : les traitements dentaires au-delà d'un certain devis, la psychothérapie et une partie des dispositifs médicaux. Demandé après coup, l'accord ne rattrape pas la prise en charge.

Le délai de deux ans pour présenter une demande court à partir du paiement au prestataire (art. 84, al. 3 CSS). Les justificatifs à réunir sont la facture acquittée, l'ordonnance le cas échéant et la preuve de paiement : une facture non acquittée ne suffit pas, et ne fait pas courir le délai.

Le tiers payant ne joue pas partout. Chez un prestataire non conventionné, l'assuré avance la totalité et le remboursement se fait sur la base du tarif conventionnel, ce qui laisse à charge l'écart avec l'honoraire réellement facturé.

Côté employeur, l'information donnée à l'embauche sur la carte de sécurité sociale et le circuit de remboursement suffit. Les justificatifs de soins ne transitent jamais par le service RH : ils relèvent de la relation directe entre l'assuré et la Caisse nationale de santé.

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

Cadre juridique

Référence	Objet
Code de la sécurité sociale	Assurance maladie-maternité et prestations de santé
Statuts de la CNS, art. 154bis	Modalités de remboursement, remboursement complémentaire
Nomenclatures officielles (RGD)	Actes médicaux, dentaires et paramédicaux
Code du travail, art. L.251-1 et s.	Égalité de traitement, interdiction de discrimination
Code du travail, art. L.253-1 et s.	Défense des droits et voies de recours
Art. L.271-1 et L.271-2 du Code du travail	Interdiction des représailles en matière de corruption, de trafic d'influence et de prise illégale d'intérêts ; renversement de la charge de la preuve
Loi du 28 novembre 2006	Égalité de traitement (discrimination handicap, âge)
Règlement (UE) 2016/679 (RGPD)	Protection des données personnelles
Loi du 1er août 2018	Protection des données au Luxembourg

Les **délais de prescription** pour les demandes de remboursement et les **procédures de recours** devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale sont définis par le Code de la sécurité sociale.

Le **non-respect des procédures administratives** (absence de prescription médicale requise, dépassement du délai de deux ans, recours à un prestataire non agréé, défaut de transmission des documents originaux) peut entraîner un refus total ou partiel de remboursement. La **protection des données de santé** et l'**égalité de traitement** entre tous les assurés sont des obligations légales qui s'imposent aux employeurs dans la gestion des informations relatives à la santé des salariés. Les motifs de discrimination prohibés par l'article L.251-1 du Code du travail sont limitativement énumérés — religion ou convictions, handicap, âge, orientation sexuelle, appartenance à une nationalité, une race ou une ethnie — et n'incluent pas l'état de santé, dont la protection passe par le handicap lorsqu'il est constitué et par l'article L.121-6 pendant l'incapacité.

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.