

# 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 variant principalement de **70% à 100%** pour les adultes et **100%** pour les mineurs, 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.

### 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

L'accès au remboursement par la CNS est soumis à plusieurs **conditions légales strictes** :

- **Affiliation obligatoire** au régime luxembourgeois de sécurité sociale via le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS)
- **Soins dispensés par des prestataires agréés** et conventionnés par la CNS
- **Respect de la nomenclature officielle** des actes et services médicaux
- **Présentation d'une prescription médicale** lorsque requise par la réglementation
- **Obtention d'un accord préalable** pour certains actes spécifiques (exemples : soins dentaires importants, psychothérapie, certains dispositifs médicaux)

Les prestations doivent être **médicalement nécessaires** et réalisées selon les règles de l'art médical. L'assuré doit présenter sa **carte de sécurité sociale** comportant son numéro d'identification national à 13 chiffres aux prestataires de soins lors de chaque consultation ou traitement.

## Modalités pratiques

Les **prestations remboursables** par la CNS comprennent notamment :

- **Consultations médicales** auprès de généralistes et spécialistes (taux de remboursement 70% pour adultes, 100% pour mineurs)
- **Soins dentaires** : traitements conservateurs, prothèses, orthodontie (selon nomenclature dentaire)
- **Soins paramédicaux** : kinésithérapie, orthophonie, soins infirmiers à domicile, psychomotricité, diététique
- **Médicaments** inscrits sur la liste positive avec taux de remboursement définis (40%, 80% ou 100%)
- **Hospitalisations** : séjour en établissement, interventions chirurgicales, examens
- **Analyses médicales** et imagerie diagnostique (80% ou 100% selon le type)
- **Dispositifs médicaux** homologués (lunettes, prothèses auditives, orthèses)
- **Soins de maternité** (100% de prise en charge)
- **Actes préventifs** : vaccinations, dépistages, bilans de santé
- **Psychothérapie** sur prescription médicale (70% adultes, 100% mineurs jusqu'à 17 ans)

Le **délai pour introduire une demande** de remboursement est de **deux ans** à compter de la date de paiement de la facture. Passé ce délai, la demande est irrecevable conformément aux statuts de la CNS. Les remboursements s'effectuent généralement sous 1 à 7 semaines selon la complexité du dossier. L'assuré doit transmettre les **originaux des factures** et **mémoires d'honoraires acquittés** portant le numéro d'identification à 13 chiffres.

Un **remboursement complémentaire** peut être demandé lorsque les participations personnelles de l'assuré dépassent le seuil de 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, conformément à l'article 154bis des statuts de la CNS.

## Pratiques et recommandations

**Vérifier** l'agrément du prestataire de soins auprès de la CNS avant toute consultation et **obtenir** les **prescriptions médicales** nécessaires dans les délais requis.

**Demander l'accord préalable** quand requis (devis dentaires importants, psychothérapie, dispositifs médicaux spécifiques).

**Conserver** systématiquement tous les **justificatifs de soins** et preuves de paiement originales.

**Respecter** scrupuleusement le **délai de deux ans** pour introduire les demandes de remboursement et **transmettre** rapidement les documents complets à la CNS pour éviter tout risque de prescription.

**Utiliser** les **services en ligne** via MyGuichet.lu pour accélérer les traitements et assurer la traçabilité.

**Les responsables RH** doivent informer les salariés de ces procédures lors de leur intégration, en particulier concernant l'affiliation automatique au CCSS et l'obtention de la carte de sécurité sociale. Il convient également de sensibiliser les salariés à la **stricte confidentialité** des données de santé conformément aux obligations légales en matière de protection des données personnelles et d'égalité de traitement.

## Cadre juridique

Référence	Objet
Code de la sécurité sociale	Assurance maladie-maternité et prestations de santé
Statuts de la <u>CNS</u> , art. 154bis	Modalités de remboursement, remboursement complémentaire
Nomenclatures officielles (RGD)	Actes médicaux, dentaires et paramédicaux
Code du travail, art. <u>L.251-1</u> et s.	Égalité de traitement, interdiction de discrimination
Code du travail, art. <u>L.253-1</u> et s.	Défense des droits et voies de recours
Code du travail, art. <u>L.010-2</u>	Protection contre les représailles
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 des assurances sociales 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. Aucune discrimination ne peut être exercée en raison de l'état de santé d'un salarié conformément aux dispositions du Titre V du Livre II du Code du travail et de la loi du 28 novembre 2006 sur l'égalité de traitement.

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.