Quels sont les plafonds de remboursement appliqués par la CNS ?

Réponse courte

La **Caisse nationale de santé (CNS)** applique des taux de remboursement différenciés selon la nature des soins : **100% pour les hospitalisations** en classe standard, accouchement et maternité, **88% pour les consultations médicales** en cabinet, **80% pour les médicaments** inscrits sur liste positive, et **70% à 80% pour les soins paramédicaux** selon la nomenclature.

Le remboursement s'effectue uniquement sur la **base des tarifs conventionnels** fixés par règlement grand-ducal, tout dépassement d'honoraires restant intégralement à charge de l'assuré. Les prestations non inscrites dans la nomenclature officielle ou effectuées sans autorisation préalable lorsque requise ne donnent lieu à aucun remboursement.

L'employeur doit informer les salariés de ces mécanismes pour faciliter l'accès à l'ensemble des soins remboursés par l'assurance maladie-maternité et éviter les incompréhensions sur les restes à charge.

Définition

Le **système de plafonnement des remboursements** CNS désigne l'ensemble des règles fixant les montants maximaux de prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire luxembourgeoise. Ce système repose sur une **nomenclature détaillée des actes et services** établie par règlement grand-ducal, qui associe à chaque prestation un tarif conventionnel et un taux de remboursement statutaire. Les dépassements d'honoraires pratiqués par les prestataires pour convenance personnelle ne sont jamais remboursés par la CNS.

Questions fréquentes

Comment l'employeur peut-il informer les salariés sur les remboursements ?

L'employeur peut documenter les principes généraux des taux de remboursement, faciliter l'accès aux soins remboursés et orienter les salariés vers MyGuichet.lu et le site CNS. Il doit respecter le secret médical et ne jamais accéder aux données de santé individuelles.

Les dépassements d'honoraires sont-ils remboursés ?

Non, le remboursement s'effectue uniquement sur la base des tarifs conventionnels fixés par règlement grand-ducal. Tout dépassement d'honoraires reste intégralement à la charge de l'assuré. Les médecins non conventionnés ne donnent pas droit au tiers payant.

Les soins paramédicaux sont-ils remboursés par la CNS ?

Les soins paramédicaux (kinésithérapie, ergothérapie, soins infirmiers) sont remboursés entre 70% et 80% selon la nomenclature, sur prescription médicale. Le nombre de séances peut être limité par la convention en vigueur. Les actes hors prescription ne sont pas remboursés.

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

Que faire pour les soins hors nomenclature de la CNS ?

Les prestations non inscrites dans la nomenclature officielle ou effectuées sans autorisation préalable lorsque celle-ci est requise ne donnent lieu à aucun remboursement. L'assuré peut souscrire une complémentaire santé privée pour couvrir certains de ces frais hors nomenclature.

Quel taux de remboursement pour une hospitalisation à la CNS ?

Les hospitalisations en classe standard sont remboursées à 100%, ainsi que les accouchements et la maternité. Les classes supérieures (2 ou 1) génèrent un reste à charge correspondant à la différence de tarif. La carte de sécurité sociale active le tiers payant hospitalier.

Quels sont les plafonds de remboursement appliqués par la CNS ?

La CNS rembourse selon des taux différenciés : 100% pour les hospitalisations en classe standard, 88% pour les consultations en cabinet, 80% pour les médicaments sur liste positive, 70 à 80% pour les soins paramédicaux. Les remboursements suivent les tarifs conventionnels.

Conditions d’exercice

Une autorisation préalable manquante ne se rattrape pas après coup : pour les soins programmés à l'étranger, elle conditionne la prise en charge elle-même.

Condition	Contenu	Base légale
Affiliation en cours	Assurance maladie luxembourgeoise active au jour des soins	Art. 1er CSS
Prestataire	Conventionné, exerçant légalement, tarifs de la nomenclature	Art. 17 et 60 CSS
Utilité de l'acte	Prestation ne dépassant pas l'utile et le nécessaire	Art. 23, al. 1 CSS
Prescription	Exigée pour les médicaments et les actes qui la requièrent	Art. 23, al. 1 CSS
Accord préalable	Pour les actes désignés par les statuts de la CNS	—
Soins programmés dans l'UE, l'EEE ou en Suisse	Autorisation préalable de la CNS sur avis motivé du Contrôle médical ; refus interdit si le soin ne peut être dispensé au Luxembourg dans un délai acceptable	Art. 20 CSS
Soins hors UE, EEE et Suisse	Autorisation préalable également requise, hors convention bilatérale	Art. 20bis CSS
Délai d'action	Deux ans à compter du paiement du prestataire	Art. 84, al. 3 CSS

En secteur hospitalier, la prise en charge des soins transfrontaliers est plafonnée au coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la CNS, sans pouvoir dépasser les frais réellement exposés.

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

Modalités pratiques

Les taux ci-dessous relèvent des statuts de la CNS et de la nomenclature des actes, que le Code se borne à habiliter : ils se vérifient à la date des soins.

Prestation	Prise en charge
Hospitalisation en classe standard, hors honoraires	100 %
Accouchement et prestations de maternité	100 %
Consultations des assurés de moins de 18 ans	100 %
Consultations et visites médicales	88 % du tarif de la nomenclature
Analyses de laboratoire	80 %
Médicaments de la liste positive	80 % au taux normal, 100 % au taux préférentiel, 40 % pour les médicaments à intérêt modéré
Soins dentaires	Selon la nomenclature dentaire, avec forfait annuel pris en charge intégralement
Psychothérapie et kinésithérapie	Sur prescription, dans les limites fixées par les statuts

Trois voies coexistent pour la liquidation : le tiers payant, le paiement immédiat direct chez un prestataire équipé, et le remboursement sur mémoire d'honoraires acquitté. Dans tous les cas, l'action de l'assuré contre la CNS se prescrit par deux ans à compter du paiement du prestataire (art. 84, al. 3 CSS), et le remboursement se fait par virement (art. 84, al. 2 CSS).

Pratiques et recommandations

La notion de plafond prête à confusion : la CNS rembourse sur la base du tarif conventionnel, à un taux qui dépend de l'acte. Ce qui reste à charge n'est donc pas un dépassement de plafond mais l'écart entre l'honoraire facturé et ce tarif, augmenté de la participation personnelle de l'assuré.

L'information la plus utile à donner aux salariés porte sur les actes où cet écart devient significatif : prothèses dentaires, orthodontie et verres progressifs, soins programmés à l'étranger. Un devis demandé au praticien avant l'acte permet de le chiffrer.

Une complémentaire santé collective couvre ce reste à charge, mais son intérêt dépend du profil des bénéficiaires : elle se justifie surtout lorsque l'effectif comprend des familles avec enfants, pour qui les soins dentaires et optiques pèsent le plus.

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

Pour la mobilité internationale, la carte européenne d'assurance maladie couvre les soins imprévus dans l'Union européenne ; les soins programmés supposent une autorisation préalable du Contrôle médical, à demander avant le départ.

Cadre juridique

Référence	Objet
CSS, art. 1	Champ d'application de l'assurance maladie
CSS, art. 17	Prestations de soins de santé couvertes
CSS, art. 20	Prestations de soins de santé transfrontaliers
CSS, art. 24	Modalités de prise en charge et de remboursement
CSS, art. 60 et s.	Relations avec les prestataires de soins et nomenclatures
CSS, art. 64-65	Conventions et tarifs conventionnels
Statuts de la CNS	Taux de prise en charge statutaires
RGD du 21 décembre 1998 (médecins)	Nomenclature des actes et services médicaux
RGD du 21 décembre 1998 (dentistes)	Nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
RGPD (Règlement UE 2016/679)	Protection des données personnelles

Les plafonds et tarifs de remboursement sont **automatiquement indexés** selon l'évolution de l'échelle mobile des salaires (cote d'application). La souscription d'une **assurance complémentaire** est fortement recommandée pour réduire le reste à charge, particulièrement concernant les soins dentaires, l'optique, les chambres individuelles en hospitalisation et les dépassements d'honoraires pour convenance personnelle. Les employeurs peuvent proposer une assurance complémentaire collective comme avantage social attractif.

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.