

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 260

29 décembre 2015

Sommaire

CAISSE NATIONALE DE SANTÉ

Caisse nationale de santé – Statuts page [6262](#)

Caisse nationale de santé. – Statuts. – Par arrêté ministériel du 21 décembre 2015, les modifications relatives au fichier B1 et au titre II des statuts de la Caisse nationale de santé, arrêtées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé en date du 11 novembre 2015, sont approuvées. Elles entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et le 1^{er} février 2016 pour ce qui est de celles relatives au fichier B1.

Annexe

FICHIER B1: Modifications avec effet au 1^{er} février 2016 - Comité directeur du 11 novembre 2015

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
V98E	Prothèses oculaires (1/12 mois) (cf. art. 2)								
NOM COLLECTIF									
5911494	PROTHESE OCULAIRE EN VERRE SUR MESURE	1					520,00	100%	520,00
5911481	PROTHESE OCULAIRE SCLERALE SUR MESURE	1					570,00	100%	570,00

Modifications des statuts de la Caisse nationale de santé

Comité directeur du 11 novembre 2015

- 1° Le point 5 de l'alinéa 4 de l'article 35 est abrogé. L'actuel point 6 devient le nouveau point 5.
 2° A la suite de l'article 35 il est inséré un nouvel article 35bis qui prend la teneur suivante:

«Du médecin référent

Art. 35bis. L'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) le forfait pour la coordination des soins et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée prévu au chapitre 9 de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux dans les conditions suivantes:

1. la personne protégée est atteinte d'une affection de longue durée énumérée à l'article 20 de la nomenclature des actes et services des médecins;
2. la personne protégée a désigné un médecin référent au sens de l'article 19bis du Code de la sécurité sociale et en vertu de l'annexe V de la convention conclue entre la CNS et l'Association des médecins et médecins dentistes;
3. la personne protégée dispose d'un DSP dûment activé.»

- 3° L'intitulé du chapitre 5 du Titre II de la Première partie prend la teneur suivante:

«Chapitre 5. - Cures de convalescence et cures thérapeutiques»

- 4° Le chapitre 5 est subdivisé en deux sections ayant les intitulés suivants:

Section 1^{ère}. - Cures de convalescence

Section 2. - Cures thermales et thérapeutiques

- 5° L'actuel article 76 est inséré à la section 1.

- 6° Les articles 77 à 80 constituent la nouvelle section 2.

- 7° L'article 77 prend la teneur suivante:

«Conditions et modalités particulières

Art. 77. Les cures thermales et thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale et délivrées dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains conventionné sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge par l'assurance maladie lorsque la personne protégée présente une ou plusieurs affections caractérisées pour lesquelles ces cures sont médicalement indiquées et selon les conditions et modalités prévues ci-après.

La cure thermique pour stase lympho-veineuse T180 prévue à la section 5 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains n'est prise en charge que dans les indications suivantes:

- insuffisance veineuse compliquée;
- lymphoedème.

Les cures thermales pour obésité pathologique T190 (cure stationnaire) et T192 (cure ambulatoire) prévues à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ne pourront être prises en charge que lorsque la personne protégée présente soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur à 35, soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur ou égal à 30 en association avec au moins l'un des critères suivants:

- o diabète sucré avec HbA1c > 7%
- o hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs
- o syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil
- o type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)
- o antécédents cardiologiques (coronaropathie/cardiomyopathie documentée).

En cas de suivi d'une cure d'obésité stationnaire, le déjeuner et le dîner doivent obligatoirement être pris au Centre thermal.»

- 8° A la suite de l'article 77 il est inséré un nouvel article 77bis qui prend la teneur suivante:

«Formalités administratives

Art. 77bis. (1) Les cures thermales et thérapeutiques visées à l'alinéa 1 de l'article 77 des présents statuts sont à charge de l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au Centre thermal et visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux modules de renforcement prévus à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

La cure prévue à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains est prise en charge par l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une prescription par le médecin traitant.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux séances d'entretien prévues à la section 8 du règlement grand-ducal susvisé.

(2) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

(3) Pour les actes prévus au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise.»

9° L'article 78 prend la teneur suivante:

«Taux de prise en charge des prestations

Art. 78. Les prestations prévues au règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de quatre-vingts pour cent (80%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, les prestations T260 et T261 prévues au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Les prestations de kinésithérapie mises en compte par le Centre thermal et de santé d'après la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes et masseurs sont prises en charge d'après les conditions prévues aux articles 55 à 58 des statuts de la Caisse nationale de santé.»

10° L'article 80 prend la teneur suivante:

«Limitation des prestations

Art. 80. (1) A l'exception des cures ambulatoires pour les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires (DBC nuque, épaule et dos) prévues dans le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, la personne protégée a droit à une seule cure de même nature par an. L'autorisation de la Caisse nationale de santé est renouvelable au plus tôt douze mois après la fin de la cure antérieure.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le nombre de cures pour obésité pathologique prévues à la section 6 du chapitre 1^{er} de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie est limité à deux par personne protégée.

L'assurance maladie prend en charge 14 modules de renforcement dans les 18 mois à partir de la fin de la cure d'obésité pathologique prévue à la section 6 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

L'assurance maladie prend en charge 12 modules de renforcement suite à une chirurgie bariatrique dans les 12 mois à partir de la date d'émission du titre de prise en charge.

(2) Les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sous les codes T200, T203 et T206 sont à réaliser par un cycle de 24 séances à finaliser dans les 6 mois sauf interruption pour raison médicale certifiée par le médecin traitant et acceptée par la Caisse nationale de santé.

Le délai d'attente entre deux séries de traitement de même niveau est fixé à 24 mois sauf pour les épaules où un nouveau cycle de 24 séances peut être accordé en cas de pathologie de l'épaule de l'autre côté.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge les séances d'entretien prévues à la section 8 du chapitre 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains qu'à la condition qu'un cycle de 24 séances de traitement initial ait été accordé et effectué antérieurement. La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à 2 séances d'entretien par mois.

(4) Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

(5) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans un délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.»

11° L'article 173 est abrogé.

12° L'alinéa 2 de l'article 174 prend la teneur suivante:

«A condition que toutes les périodes d'incapacité de travail aient été déclarées à la Caisse nationale de santé à l'aide d'un certificat médical, sauf pour celles ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés, l'indemnité pécuniaire est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.»

13° L'alinéa 2 de l'article 175 est abrogé.

14° L'alinéa 1 de l'article 177 prend la teneur suivante:

«Tout avis du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est capable de travailler donne lieu à l'émission par la Caisse nationale de santé d'une décision en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale précisant que les certificats d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, établis au cours des douze semaines à venir, ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé, sauf fait médical nouveau justifié d'une manière détaillée par le médecin traitant.»

15° L'article 187 est complété par 5 alinéas qui prennent la teneur suivante:

«Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés à l'alinéa précédent.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toute(s) pièce(s)

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autre(s) revenu(s) tels que précisés aux alinéas précédents.

Les dispositions des alinéas 3 et 4 s'appliquent pour toute(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu les documents visés aux alinéas précédents le paiement de l'indemnité est suspendu

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours;
- à partir du 1^{er} jour de toute(s) éventuelle(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.»

16° Le point 1 de l'annexe C des statuts de la CNS est abrogé.

17° L'annexe C des statuts est complétée par un point 17 qui prend la teneur suivante:

«17) L'assurance maladie ne prend en charge les actes 4A17, 4A24 et 4A25 de la nomenclature des actes et services des médecins que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et dans les conditions suivantes:

- a) la personne protégée présente un ptosis vrai de la paupière supérieure ayant pour conséquence un recouvrement de la pupille par le bord inférieur de la paupière supérieure générant une amputation du champ visuel supérieur d'au moins 30%. L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale vaut pour les deux yeux, même si la condition prévue au présent alinéa n'est remplie que d'un seul côté;
- b) la demande d'autorisation doit émaner d'un médecin spécialiste en chirurgie plastique ou d'un médecin spécialiste en ophtalmologie et doit être accompagnée d'un dossier médical comportant obligatoirement un rapport ophtalmologique d'un médecin spécialiste en ophtalmologie, une documentation photographique en couleur de bonne qualité montrant le visage de face les yeux ouverts et fermés ainsi qu'une détermination du champ visuel via périmétrie.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.»

18° Entrée en vigueur

Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de ce qui suit:

Le point 5 de l'alinéa 4 de l'article 35 reste applicable jusqu'au 30 juin 2016 pour les honoraires mis en compte suivant les dispositions retenues en application de l'article 64, alinéa 2, point 7 du Code de la sécurité sociale dans le cadre des relations médecin référent qui ont pris effet avant le 30 juin 2015.