

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 287

27 décembre 2016

Sommaire

CAISSE NATIONALE DE SANTÉ

Caisse nationale de santé – Statuts page 6018

Caisse nationale de santé. – Statuts. – Par arrêté ministériel du 21 décembre 2016, les modifications aux fichiers B1 et B2 et aux statuts de la Caisse nationale de santé, arrêtées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé en date des 9 et 23 novembre 2016, sont approuvées. Elles entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017 respectivement le 1^{er} janvier 2018.

Annexes

FICHER B1: Ajouts avec effet au 1^{er} janvier 2017 - Comité directeur du 9 novembre 2016

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
A01A	Accessoires pour système de nutrition entérale par micro-sonde								
FRESENIUS									
	APPLIX PUMPENSET BEUTELSYSTEM ENFit	1				1000 mL	5,45	100%	5,45
	APPLIX PUMPENSET EASYBAGSYSTEM ENFit	1					5,45	100%	5,45
	APPLIX PUMPENSET VARIOLINE ENFit	1					5,45	100%	5,45
V72A	Chambres d'inhalation pour aérosol-doseur (1/24 mois)								
NOM COLLECTIF									
	CHAMBRE D'INHALATION, MODELE A PARTIR DE 5 ANS	1					10,00	100%	10,00
V72B	Chambres d'inhalation pour aérosol-doseur pour enfant (1/24 mois)								
NOM COLLECTIF									
	CHAMBRE D'INHALATION, MODELE JUSQU'A 4 ANS RESOLUS	1					25,00	100%	25,00
V72BX	Masque pour chambres d'inhalation (1/24 mois)								
NOM COLLECTIF									
	MASQUE POUR CHAMBRE D'INHALATION	1					6,50	100%	6,50
V98E1	Lubrifiants oculaires (1 conditionnement par mois)								
INFARAMA									
	NEOFLUID MULTI	1				10 mL	6,50	40%	2,60
	NEOVIS	1				10 mL	6,50	40%	2,60

6019

FICHER B1: Modifications avec effet au 1^{er} janvier 2017 - Comité directeur du 9 novembre 2016

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
V92N10	Pansements interactifs: antibactériens à base d'argent								
COLOPLAST									
5913003	BIATAIN AG NON-ADHESIF	5	10 cm	10 cm			25,77	80%	20,62
5912989	BIATAIN AG NON-ADHESIF	5	15 cm	15 cm			38,53	80%	30,82
V92N2	Pansements interactifs: pansements hydrocolloïdes								
COLOPLAST									
5924699	BIATAIN SUPER NON ADHESIF	10	10 cm	10 cm			54,69	80%	43,75

5924704	BIATAIN SUPER NON ADHESIF	R 4632 HYDROCAPILLAIRE	n/adhésif	10	12,5 cm	12,5 cm	76,56	80%	61,25
5924718	BIATAIN SUPER NON ADHESIF	R 4635 HYDROCAPILLAIRE	n/adhésif	10	15 cm	15 cm	98,42	80%	78,74
5924721	BIATAIN SUPER NON ADHESIF	R 4639 HYDROCAPILLAIRE	n/adhésif	10	20 cm	20 cm	142,19	80%	113,75
5924735	BIATAIN SUPER NON ADHESIF	R 4645 HYDROCAPILLAIRE	n/adhésif	10	12 cm	20 cm	99,01	80%	79,21

V92N3 Pansements interactifs: pansements hydrocellulaires

5920817	BIATAIN NON-ADHESIF	3410	alvéolaire 2/sem	10	10 cm	10 cm	34,12	80%	27,30
5917128	BIATAIN NON-ADHESIF	3412	alvéolaire 2/sem	5	10 cm	20 cm	34,12	80%	27,30
5905601	BIATAIN NON-ADHESIF	3413	alvéolaire 2/sem	5	15 cm	15 cm	37,14	80%	29,71
5908051	BIATAIN NON-ADHESIF	3416	alvéolaire 2/sem	5	20 cm	20 cm	48,20	80%	38,56
5920821	BIATAIN NON-ADHESIF	6105	alvéolaire 2/sem	10	5 cm	7 cm	17,66	80%	14,13

FICHER B1: Non-inscriptions avec effet au 1^{er} janvier 2017 - Comité directeur du 9 novembre 2016

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
ASTEL MEDICA									
	INFECTIM	10					19,56		6020
INFARAMA									
	ILAST CARE	1				30 mL	21,30		
	ILAST Hydraclean	1				50 mL	14,53		
	ILAST lingettes	20					12,59		

FICHER B1: Suppressions avec effet au 1^{er} janvier 2017 - Comité directeur du 9 novembre 2016

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
V72A Chambres d'inhalation (1/24 mois)									
ASTRA									
5910502	NEBULATOR	1					9,92	100%	9,92
BOEHRINGER									
5910516	AEROSCOPIC	1					9,92	100%	9,92
CIPLA									
5925875	ZEROSTAT VT SPACER	1					9,92	100%	9,92
GSK									
5910497	VOLUMATIC	1					9,92	100%	9,92

RPR	OMNIFIX = FISONAIR	1	9,92	100%	9,92
V72B	Chambres d'inhalation pour enfant (1/24 mois)				
ASTRA	KIDSPACER	1	24,79	100%	24,79
GSK	AEROCAMBER PLUS TRUDELL	1	24,79	100%	24,79
5910551	BABYHALER	1	24,79	100%	24,79
PARI GmbH	VORTEX avec Masque bébé Coccinelle	1	24,79	100%	24,79
5922677	VORTEX avec Masque enfant Grenouille	1	24,79	100%	24,79
V72BX	Masque pour chambres d'inhalation avec masque facial pour enfant (1/24 mois)				
ASTRA	KIDSPACER MASQUE AVEC EMBOUT	1	7,44	100%	7,44
GSK	BABYHALER 2 VALVES RECHANGE	1	4,96	100%	4,96
5910533	BABYHALER BABY MASQUE	1	7,44	100%	7,44
5910547	BABYHALER MINI BABY MASQUE	1	7,44	100%	7,44
PARI GmbH	VORTEX Masque bébé Coccinelle	1	6,00	100%	6,00
5922694	VORTEX Masque enfant Grenouille	1	6,00	100%	6,00

6021

FICHER B2: Modifications avec effet au 1^{er} janvier 2017 - Comité directeur du 9 novembre 2016

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P. référ.	Taux	Remb. max.
030318	Equipements d'oxygénothérapie en milieu extra-hospitalier (APCNS - 1/2 ans)								
NOM COLLECTIF	CONCENTRATEUR D'OXYGENE POSTE FIXE							100%	
M03031803L									
M03031804L	CONCENTRATEUR D'OXYGENE TRANSPORTABLE						215,69	100%	215,69
030318	Equipements d'oxygénothérapie en milieu extra-hospitalier (APCNS - 1/2 ans)								
NOM COLLECTIF	APPAREILLAGE MOBILE AVEC VALVE ECONOMISEUSE POUR BONBONNES A OXYGENE GAZEUX (+débit manomètre et 2 bonbonnes à oxyg. gazeux compatibles)								
M03031801L							53,82	100%	53,82

030318X Equipements d'oxygénothérapie en milieu extra-hospitalier (APCNS - 2/5 ans)

NOM COLLECTIF

M03031810L	BONBONNE A OXYGENE GAZEUX AVEC DETENDEUR DEBITMETRE INTEGRE CONTENANT 2L (400L O2)	26,96	100%	26,96
M03031811L	BONBONNE A OXYGENE GAZEUX AVEC DETENDEUR DEBITMETRE INTEGRE CONTENANT 5L (1000L O2)	26,96	100%	26,96

Modifications des statuts de la Caisse nationale de santé

Comité directeur du 9 et du 23 novembre 2016

Art. 1^{er}. Au chapitre 6 «Prestations de soins de santé transfrontaliers» du Titre I de la première partie des statuts de la Caisse nationale de santé, l'article 30, alinéa 2, est complété par la phrase suivante:

«En cas de cure autorisée à l'étranger d'un mineur d'âge, les frais de séjour d'une personne accompagnante sont à charge de l'assurance maladie sur demande expresse et jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 79 des statuts.»

Art. 2. Le Titre II «Règles particulières pour l'obtention et la prise en charge des différentes catégories de prestations de soins et de fournitures» de la première partie des statuts de la Caisse nationale de santé est modifié comme suit:

1° L'article 35, alinéa 4, point 3. prend la teneur suivante:

«3. aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive (positions 8V53, 8V57, 8V58, 1G91 à 1G96);».

2° L'article 40 est modifié comme suit:

a) L'article est subdivisé en paragraphes.

b) Le paragraphe 1^{er} prend la teneur suivante:

«(1) L'assurance maladie ne prend en charge les anesthésies locales ou régionales prévues sous les codes DS20, DS21 à l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ou sous le suffixe «L» visé à l'article 12 de la partie générale de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes que dans les cas de figure et selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous:

1) En cas d'obturations (positions DS14, DS15, DS16 et DS19 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes), d'extractions, de pulpectomies (DS10, DS11 et DS12) ou de traitements médico-dentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins au niveau du maxillaire inférieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie régionale par séance et par héli maxillaire.

2) Au niveau du maxillaire supérieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie locale par séance et

a. par dent à extraire

b. par dent à dévitaliser (DS10, DS11 et DS12)

c. par dent à obturer (DS14, DS15, DS16 et DS19) ainsi que

d. par héli maxillaire pour les traitements médico-dentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et effectués sous anesthésie locale.»

c) Le paragraphe 4 prend la teneur suivante:

«(4) Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par six mois.»

3° L'article 45, alinéa 2, prend la teneur suivante:

«La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses cliniques au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement.»

4° Un nouvel article 50 qui prend la teneur suivante est inséré à la suite de l'article 49:

«**Art. 50.** Par dérogation à l'article 14, alinéa 1 des présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie des actes N801 à N804 de la nomenclature des actes et services des infirmiers n'est pas soumise à la production d'une ordonnance médicale.»

5° La section 2 intitulée «Soins de kinésithérapie-massage» du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts est remplacée par une nouvelle section 2 intitulée «Soins de kinésithérapie» qui prend la teneur suivante:

«**Art. 54.** (abrogé)

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) dans les situations limitativement énumérées ci-dessous:

- lorsque la personne protégée présente une des pathologies lourdes prévues à l'annexe G sous I des présents statuts,
- lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de délivrance de l'acte,
- pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur et ce jusqu'à concurrence de trente-deux (32) séances de traitement, à condition:
 - 1° que ces actes soient prescrits par le médecin spécialiste qui a effectué l'intervention,
 - 2° que la prescription soit établie dans le délai de trente (30) jours à compter de la date de l'intervention,
 - 3° que ces actes soient délivrés dans le délai de six (6) mois à partir de la date de l'intervention,
- pour les bilans prévus dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

Le forfait de déplacement du masseur-kinésithérapeute est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins de kinésithérapie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de kinésithérapie délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Art. 56. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente et un (31) jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le masseur-kinésithérapeute conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des masseurs-kinésithérapeutes. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 57. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des masseurs-kinésithérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé au plus tard dans les trente (30) jours de l'établissement du titre de prise en charge.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- la localisation anatomique de la pathologie d'après la codification figurant à l'annexe G sous III des présents statuts,
- le nombre précis de séances,
- pour la rééducation respiratoire: la fréquence d'application par semaine,
- le type du traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante,
- le cas échéant, la demande d'établissement d'un bilan,
- le cas échéant, le code de la pathologie lourde figurant à l'annexe G sous I des présents statuts,
- la date de l'intervention en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de trois (3) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Par dérogation, ce délai est:

- de douze (12) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale en cas de pathologie lourde prévue à l'annexe G sous I des présents statuts;
- de six (6) mois à partir de la date de l'intervention chirurgicale dans les cas prévus à l'article 55, alinéa 2, tiret 3 des présents statuts.

Art. 58. En cas de pathologie courante les actes de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance. Par dérogation, le nombre maximal par ordonnance est de 64 séances en cas de pathologie lourde et de 32 séances en cas de rééducation post-chirurgicale.»

6° Le chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts est complété par une nouvelle section 6 intitulée «Soins palliatifs».

7° La nouvelle section 6 du chapitre 3 du titre II de la première partie comprend un nouvel article 71 qui prend la teneur suivante:

«Art. 71. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services et dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, point 12) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, lorsque la personne protégée dispose du droit aux soins palliatifs conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.»

8° Le chapitre 7 du Titre II de la première partie des statuts de la Caisse nationale de santé est remplacé par un nouveau chapitre 7 intitulé «Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques» qui prend la teneur suivante:

«Section 1: Conditions générales de prise en charge

Généralités

Art. 85. Sans préjudice de l'application des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires, les prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques ne sont prises en charge par

l'assurance maladie que si elles sont délivrées par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 7) du Code de la sécurité sociale, et, pour ce qui est de la délivrance de fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournisseurs qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la fabrication de semelles et de chaussures pour le pied diabétique. Les bas et les collants de contention prévus à la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont également pris en charge s'ils sont délivrés par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale ou par les fournisseurs disposant à cet effet d'un agrément par le Comité-directeur de la Caisse nationale de santé conformément à l'article 2 des présents statuts, qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la délivrance de bas et de collants de contention.

Sont exclues de la prise en charge les fournitures visées par le présent chapitre, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu de l'article 12 des présents statuts.

Dans le cadre du présent chapitre on entend par «chaussures thérapeutiques» les chaussures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous les positions P6070110 «Hausschuhe für Diabetiker, 1 Paar» et P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker, 1 Paar».

Dans le cadre du présent chapitre on entend par fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournitures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous la section 7 «Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom».

Ordonnances et protocole thérapeutique

Art. 86. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les prothèses orthopédiques, orthèses et les chaussures orthopédiques, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- 1) le diagnostic médical;
- 2) une description détaillée de la fourniture;
- 3) pour les bas et les collants de contention, le modèle (bas jarret, bas cuisse ou mi-cuisse, collant) et le degré de pression de la contention (en mmHg).

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures relatives au pied diabétique telles qu'elles sont définies à l'article 85, alinéa final des présents statuts, est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts.

Si l'ordonnance médicale porte sur une adaptation ou une réparation d'une fourniture, le médecin prescripteur doit indiquer les motifs de celle-ci.

Opposabilité des ordonnances et validation des ordonnances

Art. 87. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie les ordonnances pour orthèses et chaussures orthopédiques figurant dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé en vertu de l'article 88 des présents statuts, doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin prescripteur sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, les ordonnances et protocoles thérapeutiques soumis à devis en vertu de l'article 88 des présents statuts, sont transmis pour validation à la Caisse nationale de santé avant l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date d'émission de l'ordonnance respectivement du protocole thérapeutique. Sous peine d'irrecevabilité, l'ordonnance ou le protocole thérapeutique doivent être accompagnés du devis et de toute documentation dont la transmission aux fins de validation est requise en vertu des présents statuts.

La validation est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les fournitures prescrites dépassent l'utile et le nécessaire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 88. Les prothèses orthopédiques, orthèses, chaussures orthopédiques et thérapeutiques et les frais pour leur adaptation et réparation ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale accordée sur base d'un devis préalable établi par le fournisseur, et le cas échéant, sur base d'un examen de la personne protégée.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis ne sont pas requis:

- 1) lorsque le montant de la fourniture est inférieur à cent vingt-cinq euros,
- 2) pour les bas et les collants de contention,
- 3) à partir de la troisième délivrance de chaussures orthopédiques, à condition que la fourniture à délivrer reste inchangée par rapport à la délivrance précédente.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis sont requis en cas de fournitures pour le pied diabétique. Pour la prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur le protocole thérapeutique prévu à l'article 86 dûment rempli, sur le devis et sur une documentation par scanner et par

podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise lorsque le montant de la fourniture, tel qu'il figure sur le devis, est supérieur ou égal à cent vingt-cinq euros (125,00 €) et inférieur à mille euros (1.000,00 €). Dans ce cas, le devis établi par le fournisseur doit être soumis à la Caisse nationale de santé pour un contrôle administratif du dossier avant la délivrance de la fourniture.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les prothèses orthopédiques provisoires.

Les réparations et les adaptations inférieures à cent vingt-cinq euros (125,00 €) sont dispensées de la présentation d'une ordonnance médicale.

Réception des prothèses orthopédiques et des chaussures pour pied diabétique

Art. 89. Les prothèses orthopédiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la prothèse par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par réception on entend une certification par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la conformité de la prothèse à la prescription médicale et aux besoins de la personne protégée. La personne protégée est convoquée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture.

Les chaussures pour pied diabétique prévues au chapitre 6, section 7, sous-section 1 «Diabetiker Schuhe» de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la fourniture par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4) établie au moment de la délivrance de la fourniture. En principe cette réception intervient dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture. Sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4), le Contrôle médical de la sécurité peut décider de convoquer la personne protégée en vue de la réception de la fourniture.

Section 2: Conditions particulières de prise en charge

Conditions particulières de prise en charge des prothèses orthopédiques

Art. 90. L'assurance maladie prend en charge les prothèses orthopédiques des membres pour compenser les déficits fonctionnels de la personne protégée. La prise en charge se fait entre autres en fonction du degré de mobilité et du poids corporel de la personne protégée.

L'assurance maladie ne prend en charge ni les prothèses pour la pratique d'activités sportives ou de loisir ni les suppléments de telles prothèses.

Lorsqu'en vertu des dispositions de l'article 91quinquies des présents statuts, la personne protégée a droit à l'intérieur du délai de renouvellement à la prise en charge d'une deuxième prothèse orthopédique, cette deuxième prothèse ne constitue qu'une prothèse mécanique de haute qualité sans microprocesseurs électroniques.

Conditions particulières de prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique

Art. 91. Selon le stade de la pathologie l'assurance maladie prend en charge les fournitures relatives au pied diabétique telles que prévues à l'annexe M sous 1°.

Dans les cas prévus au niveau du tableau visé à l'alinéa précédent et figurant à l'annexe M sous 1°, la personne protégée a droit à la prise en charge simultanée de plusieurs fournitures relatives au pied diabétique. Dans ce cas, les délais de renouvellement des différentes fournitures restent distincts par rapport aux fournitures de même nature.

Une paire de semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) est prise en charge pour toute paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique. Les semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) dont le remplacement est nécessaire endéans le délai de renouvellement des chaussures tel que prévu à l'article 91quinquies peuvent être prises en charge indépendamment de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les dispositions statutaires, conventionnelles et réglementaires, la facture de la fourniture relative au pied diabétique est prise en charge sur base:

- 1) d'un protocole thérapeutique dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts dûment rempli;
- 2) d'un devis préalable établi par le fournisseur;
- 3) d'une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure;
- 4) d'une documentation par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire, d'un examen de contrôle des pieds de la personne protégée ainsi que de la fourniture en question à la date de délivrance (date prestation).

Par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge de la fourniture prévue sous la position P6070210 «Weichpolstereinlagen» n'est pas subordonnée à la production des documentations prévues sous les points 3 à 4 de l'alinéa précédent.

Conditions particulières de prise en charge des bas et collants de contention

Art. 91bis. Les bas et collants de contention ne sont pris en charge que dans les conditions suivantes:

La facture doit être accompagnée de l'ordonnance médicale et d'une fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes:

- le nom de marque;
- le mode de fabrication (standard ou entièrement fabriqué sur mesure);
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg et si le tissu est extensible dans les deux sens.

Section 3: Modalités de prise en charge

Taux de prise en charge

Art. 91ter. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques ou thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de cent pour cent (100%) des tarifs conventionnels. Par dérogation à la phrase précédente, les positions P5010130 à P5010133 sont prises en charge à raison de soixante pour cent (60%) des tarifs conventionnels.

Par dérogation à l'alinéa 1, il est déduit un montant forfaitaire de douze euros et cinquante cents (12,50 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques, à l'exception des positions P6041030 «Sichelfussredressionsschuh» et de la position P6041060 «Therapieschuh». Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais d'adaptation et de réparation des prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs d'après les modalités et les conditions prévues dans les présents statuts et dans la convention conclue conformément à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques et thérapeutiques est à charge de la personne protégée.

Pour les positions P6010010 à P6010029 et P6070120 à P6070131 de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, un supplément pour convenance personnelle de la personne protégée peut être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les fournisseurs liés par la convention visée à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale. Ce supplément ne peut dépasser le montant forfaitaire de seize euros (16 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques et n'est pas à charge de l'assurance maladie.

Limitation à la prise en charge

Art. 91quater. La personne protégée a droit à une seule prothèse orthopédique, orthèse par région anatomique et à une paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques, sous réserve de ce qui suit:

Pour la première fourniture suite à une amputation, la personne protégée n'a droit qu'à une prothèse orthopédique provisoire. Une prothèse orthopédique définitive n'est prise en charge qu'après écoulement d'un délai minimum de six mois après la date de délivrance de la prothèse orthopédique provisoire. Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut déroger à ces conditions sur base d'une ordonnance médicale préalable motivée.

Par dérogation à l'alinéa 1, deux paires de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques peuvent être prises en charge au cours de la période de douze mois à compter de la date de délivrance de la première paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. Le délai de renouvellement pour la deuxième paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques court à partir de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. La personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à deux prothèses orthopédiques ou orthèses. La prise en charge de la deuxième prothèse se fait conformément aux dispositions de l'article 90, alinéa 3, des présents statuts.

L'assurance maladie ne prend pas en charge des chaussures orthopédiques ou des semelles orthopédiques lorsque la personne protégée a préalablement bénéficié de la prise en charge d'une fourniture relative au pied diabétique.

Délais de renouvellement

Art. 91quinquies. Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques et orthèses est généralement de cinq ans.

Toutefois, des délais de renouvellement spécifiques sont appliqués aux prothèses orthopédiques et orthèses figurant dans une liste spéciale annexée aux présents statuts.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques est d'un an à compter de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge. Par dérogation à la phrase précédente le délai de renouvellement de la fourniture P6070110 «Haussschuhe für Diabetiker (1 Paar)» est de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement de la fourniture P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker (1 Paar)».

Lorsqu'une réparation ou adaptation d'une prothèse orthopédique ou d'une orthèse pour un montant dépassant 25% du montant pris en charge lors de l'acquisition de la fourniture est effectuée dans les six mois précédant l'échéance du délai de renouvellement, ce délai est prorogé d'office de douze (12) mois. Cette disposition ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de délivrance de la fourniture telle qu'elle figure sur la facture.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, en cas de faits intercurrents ou si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économicité.

9° L'article 108 est complété par un nouvel alinéa final qui prend la teneur suivante:

«Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments antibiotiques pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.»

10° L'article 116, alinéa 1, point 2) prend la teneur suivante:

«2) les verres teintés;».

11° L'article 120 est abrogé.

12° L'article 122 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1, point 1) prend la teneur suivante:

«1) amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries».

b) L'article 122 est complété par un nouvel alinéa final qui prend la teneur suivante:

«L'article 123, dernier alinéa, est applicable.»

13° L'article 128 prend la teneur suivante:

«Art. 128. Sauf en cas de changement de dioptrie tel que défini à l'article 126, alinéa premier, ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de trois ans.»

14° L'article 130, alinéa 4, prend la teneur suivante:

«Pour le seuil d'anisométrie prévu à l'article 122 et pour le seuil d'amétropie prévu aux articles 122 et 125 est prise en compte la somme des dioptries de la sphère et du cylindre, si les deux valeurs sont de même signe et la valeur absolue de la dioptrie de la sphère, si les deux valeurs sont de signe contraire.»

15° L'article 132 est modifié comme suit:

a) Il est subdivisé en paragraphes.

b) Le paragraphe 4, prend la teneur suivante:

«(4) Par transport en ambulance on entend le transport effectué en dehors de situations de détresse vitale au moyen d'une ambulance au sens du point 2.29. de l'article 2 de l'arrêté grand-ducal du 23 novembre 1955 portant règlement de la circulation sur toutes les voies publiques, tel qu'il a été modifié, lorsque cette ambulance est utilisée:

a) par des services publics relevant de l'Etat ou des communes;

b) à titre commercial par des particuliers ou des sociétés commerciales;

c) par des établissements d'utilité publique ou des associations sans but lucratif œuvrant dans le domaine de la santé ou des secours.»

c) Le paragraphe 5 est abrogé. Les paragraphes 6, 7, 8 et 9 actuels deviennent les paragraphes 5, 6, 7 et 8 nouveaux.

d) Le paragraphe 6 prend la teneur suivante:

«(6) Le transport en série en ambulance ou en taxi vise des déplacements multiples de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et le lieu où elle obtient à charge de l'assurance maladie:

a) un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse;

b) un traitement comportant au moins quatre séances dans un intervalle de quatre-vingt-dix (90) jours

1° dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou

2° dans un hôpital dans le cas où un traitement spécial est autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

16° L'article 133 est modifié comme suit:

a) Le paragraphe 1^{er} est abrogé. Le paragraphe 2 devient alinéa unique.

b) Le point 3. prend la teneur suivante:

«3. Les transports simples en ambulance à l'intérieur du pays en dehors d'une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré 1) par une ambulance du service d'aide médicale urgente sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale, établie par le médecin chargé du traitement, certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou immobilisée est indispensable pour l'aller, respectivement pour le retour. L'ordonnance médicale, si elle n'est pas préalable au transport, doit être établie au plus tard dans un délai de trois jours à compter du transport. Cette dernière condition n'est pas requise au cas où le médecin chargé du traitement certifie que la personne protégée en question a été admise en polyclinique.»

c) Le point 4. prend la teneur suivante:

«4. Les transports simples en ambulance à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable ou une demande formulée sur le formulaire de demande d'autorisation de traitement à l'étranger, établie par le médecin traitant et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou immobilisée est indispensable. La motivation médicale pour le transport en ambulance pour le retour doit être établie par le médecin ayant assuré le traitement à l'étranger.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge des frais générés par le retour en ambulance, à condition que l'aller ait été autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.»

d) A la suite du point 4. il est inséré un nouveau point 5. libellé comme suit:

«5. Les transports en série en ambulance ou en taxi au Luxembourg et à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles:

- a) en cas de transport en ambulance, une position allongée ou immobilisée est indispensable;
- b) en cas de transport en taxi, le déplacement par un moyen de transport public en commun n'est pas approprié.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les transports en série en taxi en cas de traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable tant de l'ordonnance médicale que de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour les prolongations des transports en série en ambulance, ainsi qu'à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale pour le prolongement des transports en série en taxi, pour les traitements prévus à l'article 132, paragraphe 6, point a).

Les transports en série en ambulance ou en taxi prévus à l'article 132, paragraphe 6, point b) sous 1° ne sont pris en charge que pour un maximum de vingt (20) journées de traitement par cas de pathologie traitée.

e) Les points 5 et 6 actuels deviennent les points 6 et 7 nouveaux.

f) Au point 7) sous a) la référence à l'article 132, alinéa 7 est remplacée par la référence à l'article 132, paragraphe 6.

17° L'article 136 est modifié comme suit:

a) Le point 1, sous a) prend la teneur suivante:

«a) L'indemnité de voyage est prise en charge à raison de vingt cents (0,20 €) par kilomètre du trajet le plus court entre le lieu du séjour de l'ayant droit au moment du départ et le lieu où il obtient les soins.»

b) Au point 1, sous b) la référence à l'article 134, alinéa 2 est remplacée par la référence à l'article 134, alinéa 3.

c) Le point 2) prend la teneur suivante:

«Les transports en taxi sont pris en charge pour le trajet le plus court entre le lieu d'embarquement de la personne protégée et le lieu où elle obtient les soins, soit sur la base d'un minimum de six euros et quarante cents (6,40 €) par déplacement, soit sur la base d'un montant par kilomètre d'un euro et soixante cents (1,60 €) pour un trajet simple, respectivement de quatre-vingts cents (0,80 €) pour un trajet comportant retour de la personne transportée au point de départ.

La période d'attente est prise en charge à raison de vingt-sept cents (0,27 €) par minute. Elle n'est prise en charge que pour les voyages aller avec retour au point de départ de la personne protégée et uniquement jusqu'à concurrence du tarif maximum pouvant être pris en charge pour un aller simple.»

d) Au point 3, alinéa 2, la référence à l'article 132, alinéa 4, sous a) est remplacée par la référence à l'article 132, paragraphe 4, sous a).

e) Le point 3, alinéa 3, prend la teneur suivante:

«Les transports en ambulance simples visés à l'article 132, paragraphe 4, sous b) et c) sont pris en charge à raison de soixante-dix pour cent (70%) des factures établies soit sur la base d'un minimum de trente-huit euros (38,00 €) par déplacement, soit sur la base d'un montant d'un euro et vingt-cinq cents (1,25 €) par kilomètre, à l'exclusion de tous autres éléments pouvant être légalement mis en compte par le transporteur, à moins que la prise en charge de ces éléments ne résulte de dispositions statutaires expresses.»

f) Le point 3, alinéa 4, prend la teneur suivante:

«Les périodes d'attente sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%) en cas d'aller et retour au point de départ de la personne protégée uniquement si les frais pour temps d'attente, pris en compte à raison de trente cents (0,30 €) la minute, sont inférieurs au montant pris en charge pour le trajet aller et retour.»

g) Au point 3, alinéa 6, la dernière phrase est abrogée.

18° L'article 137 est modifié comme suit:

a) A l'alinéa 2, la référence aux points 1 à 4 de l'article 132 est remplacée par la référence aux points 1 à 4 du paragraphe 1^{er} de l'article 132.

b) L'alinéa 4 est abrogé. Les alinéas 5, 6 et 7 deviennent les nouveaux alinéas 4, 5 et 6.

c) A l'alinéa 4 nouveau, la référence à l'article 132, alinéa 5, est remplacée par une référence à l'article 132, paragraphe 5.

d) A l'alinéa 5 nouveau, la référence à l'article 133, sous 2) est remplacée par une référence à l'article 132, paragraphe 3.

19° Le chapitre 13 du Titre II de la première partie des statuts est complété par un nouvel article 152bis intitulé «Dispositions spéciales concernant la prise en charge des épithèses» qui prend la teneur suivante:

«Dispositions spéciales concernant la prise en charge des épithèses

Art.152bis. La prise en charge par l'assurance maladie des épithèses est soumise à la production préalable d'une ordonnance médicale et d'un devis établi par un prestataire spécialisé. La prise en charge se fait sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et conformément aux dispositions prévues au niveau du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, de l'article 20 du Code de la sécurité sociale et des articles 23 à 30 des présents statuts.»

20° Au chapitre 16 «Paiements complémentaires» du titre II, l'article 154bis, alinéa 2, dernière phrase prend la teneur suivante:

«Sont prises en considération les participations prévues aux articles 35, 39 alinéa 1, 48, 55, 59, 67, 78, 91^{ter} alinéa 1, 101, 104, 114, 115 et 145.»

Art. 3. Le Titre III «Dispositions administratives» de la première partie des statuts de la Caisse nationale de santé est modifié comme suit:

1° Un nouvel article 158bis intitulé «Amendes d'ordre» est inséré à la suite de l'article 158 et prend la teneur suivante:

«Art. 158bis. (1) Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par la personne protégée ou par un tiers sur une ordonnance, un protocole thérapeutique, un mémoire d'honoraires ou une facture, ce sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des prestations et fournitures prescrites ou mises en compte et des sanctions prévues par les lois, les règlements et les présents statuts.

(2) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes n'ayant pas respecté les dispositions statutaires prévues au paragraphe précédent. Il en est de même en cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré par la personne protégée ou par un tiers conformément à l'article 9 des présents statuts.

(3) La première constatation de non-respect des dispositions prévues au paragraphe 1^{er} du présent article ou de l'article 9 des présents statuts est punie par une amende d'ordre de cent cinquante euros (150 €). La deuxième constatation est punie par une amende d'ordre de deux cents euros (200 €). Toute nouvelle constatation est punie d'une amende d'ordre de trois cent cinquante euros (350 €).

(4) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire à la même personne protégée ou une créance que la personne protégée a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.»

Art. 4. Les annexes aux statuts de la Caisse nationale de santé sont modifiées comme suit:

1° A l'annexe A, le fichier B6 subit les modifications suivantes:

a) Les sigles ACM et APCM sont abrogés.

b) Le titre du point 3.2. prend la teneur suivante: «Transport en série lors d'un traitement ambulatoire ou stationnaire dans un Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ou dans un service de rééducation gériatrique ou un service de rééducation cardiaque d'un hôpital».

c) Le titre du point 4.5. prend la teneur suivante: «Transport de biopsies, de prélèvement d'organes humains dans les cas non prévus à la convention conclue entre la FHL et la CNS».

2° L'annexe C est modifiée comme suit:

a) Il est inséré un nouveau point 1) qui a la teneur suivante:

«1) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement chirurgical du lipoedème, sauf en cas de lipoedème au stade 4.»

b) A la suite du point 4) il est inséré un nouveau point 5 qui prend la teneur suivante:

«5) L'assurance maladie ne prend en charge l'acte 7A44 de la nomenclature des actes et services des médecins que dans les indications limitativement prévues dans la liste ci-après:

1. Intoxication au Monoxyde de Carbone (CO)
2. Accident de décompression
3. Embolie gazeuse
4. Gangrène gazeuse
5. Syndrome d'écrasement, syndrome des loges et ischémies aiguës
6. Abscesses intracrâniens
7. Ostéomyélite réfractaire au traitement
8. Lésions radio-induites
9. Retard à la cicatrisation (réservé aux ulcères ou gangrènes ischémiques sans possibilité de revascularisation ou aux lésions persistantes après revascularisation optimale; au pied diabétique; aux ulcères veineux; aux plaies ne cicatrisant pas et qui sont secondaires à une infection)
10. Encéphalopathie postanoxique
11. Maladie générale du grand brûlé
12. Surdités brusques
13. Pathologies ophtalmologiques
14. Neuroblastome de stade IV
15. Pneumatose kystique de l'intestin
16. Infections nécrosantes des tissus mous
17. Radionécrose des tissus osseux et mous
18. Greffes et lambeaux à vascularisation compromise

La prise en charge par l'assurance maladie de l'acte 7A44 et des frais hospitaliers correspondants dans une indication non reprise à la liste ci-dessus est subordonnée à la transmission avant le début du traitement au Contrôle médical de la sécurité sociale d'un rapport médical circonstancié du médecin traitant.»

c) Au point 12), le point 5. prend la teneur suivante:

«5. la personne protégée n'a pas bénéficié au préalable de la prise en charge par l'assurance maladie d'une chirurgie bariatrique, à moins qu'il ne s'agisse d'une réintervention chirurgicale après une complication d'une intervention bariatrique précédente.

Par complication d'une intervention bariatrique il y a lieu d'entendre exclusivement:

- 1) les complications mécaniques liées au geste chirurgical: érosion ou glissement d'un anneau gastrique; dilatation du réservoir ou de l'œsophage; sténose anastomotique ou du réservoir; ulcère marginal; hémorragies; lâchage de la ligne d'agrafe ou de sutures; fistules; occlusions et hernies internes, et
- 2) les troubles fonctionnels digestifs liés à une modification du tractus digestif et de sa physiologie: reflux gastro-œsophagien; nausées et vomissements; dysphagie; dumping syndrome; diarrhée et constipation.

N'est pas considérée comme complication au sens du présent point un échec de la chirurgie bariatrique suite à une déviance des règles diététiques. Toute demande pour la prise en charge d'une réintervention chirurgicale pour complication doit être accompagnée des résultats d'examen complémentaires objectivant la complication à suffisance.»

3° L'annexe G des statuts actuellement intitulée «Liste limitative des situations permettant la prise en charge d'un nombre supérieur de séances de kinésithérapie par ordonnance sur APCM, prévue à l'article 58, alinéa 3 des statuts» est remplacée par une nouvelle annexe G intitulée «Listes prévues à la section 2 du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts» et prend la teneur suivante:

«Annexe G

Listes des informations à indiquer lors de la prescription de prestations de kinésithérapie, par type de traitement

I – Traitement pour pathologies lourdes

Un traitement du type «Pathologie lourde» peut être prescrit pour les pathologies suivantes, à indiquer sur l'ordonnance:

Code	Libellé
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante
L03	Arthrogrypose
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire
L05	Spondylarthrite ankylosante
L06	Myopathie
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive
L08	Paralyse
L09	Paraplégie
L10	Tétraplégie
L11	Hémiplégie
L12	Sclérose en plaque
L13	Sclérose latérale amyotrophique
L14	Infirmité motrice cérébrale
L15	Maladie de Parkinson
L16	Maladie d'Alzheimer
L17	Lymphoedème après chirurgie carcinologique

II – Rééducation post-chirurgicale

Lors de la prescription d'un traitement pour «Rééducation post-chirurgicale», la date de l'intervention doit être indiquée sur l'ordonnance.

III – Traitement pour pathologies courantes

La partie du corps concernée doit être indiquée sur l'ordonnance en cas d'une «Rééducation orthopédique» (actes ZK10 et ZK11), sur base de la classification suivante:

Code	Libellé
C01	Epaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville

»

Code	Libellé
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Maxillaires
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx

4° Il est introduit une nouvelle annexe M qui prend la teneur suivante:

« Annexe M

1° Tableau prévu à l'article 91 et comportant selon le stade de la pathologie les fournitures relatives au pied diabétique susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie

Stade de la pathologie	Fournitures	Type de chaussures	Type de semelles
Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (P6070210) (Weichpolstereinlagen)	/	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (P6070210)
Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied	Chaussures thérapeutiques de série	Chaussures d'intérieur (P6070110)	Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220)
		Chaussures de ville (P6070120)	
Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et/ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure	Chaussures orthopédiques sur mesure	Chaussures d'intérieur (P6070130)	Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220)
		Chaussures de ville (P6070130)	

»

« Annexe M



2° Protocole thérapeutique
prévu à l'article 86 des statuts de la CNS valant ordonnance
de prescription pour les fournitures relatives au **pied diabétique**

Numéro d'identification (matricule)	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Nom et prénom de la personne protégée	<input style="width: 99%;" type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input style="width: 99%;" type="text"/>			
Code médecin	<input style="width: 95%;" type="text"/>			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que la personne protégée diabétique mentionnée ci-dessus présente des lésions au pied liées à son diabète et nécessite les fournitures indiquées dans le tableau ci-dessous.

Stade de la pathologie	Fournitures	Type de chaussures	Nombre de paires de chaussures	Type de semelles	Nombre de paires de semelles
Diabète bien équilibré avec légère déformation des pieds et absence de troubles trophiques	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (P6070210) (Weichpolster-einlagen)	/	/	Semelles orthopédiques pour pied diabétique (P6070210)	
Diabète avec neuropathie sensitive isolée ou associée à une artériopathie ou antécédent d'ulcération du pied	Chaussures thérapeutiques de série	Chaussures d'intérieur (P6070110)		Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220)	
		Chaussures de ville (P6070120)			
Diabète avec déformation du pied associée à une neuropathie sensitive isolée et/ ou une artériopathie ou un antécédent d'amputation mineure	Chaussures orthopédiques sur mesure	Chaussures d'intérieur (P6070130)		Semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220)	
		Chaussures de ville (P6070130)			

En cas de non-respect du délai de renouvellement tel que prévu à l'article 91 *quinquies*, veuillez indiquer les raisons médicales pour le renouvellement anticipé des fournitures.



d'Gesondheidskeess

En cas de prescription de chaussures orthopédiques sur mesure, prière d'indiquer toute affection des pieds pouvant avoir un impact sur la confection de celles-ci.

Cachet, signature et date

Art. 5. Entrée en vigueur

Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception du nouvel article 56, alinéa 2, phrase finale, qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.
