



## **Caisse nationale de santé - Statuts.**

Par arrêté ministériel du 19 avril 2018, les modifications aux fichiers B2, B3 et B7 ainsi qu'aux statuts de la Caisse nationale de santé, arrêtées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé en date du 21 mars 2018, sont approuvées. Elles entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2018.

### **Annexes**

Suivent les fichiers annexés

Annexe

**Modifications des statuts de la Caisse nationale de santé  
Comité directeur du 21 mars 2018**

**Chapitre 8 au titre II des statuts : Médicaments en dehors du secteur hospitalier**

1° À la liste N° 4 prévue à l'article 103, point 2, traitement de pathologies lourdes par des médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, sont modifiés les points suivants :

- a) Au point 2, les termes « analgésiques morphiniques majeurs » sont remplacés par le terme « opiacés ».
- b) Au point 3, sont rajoutés derrière les termes « le code ATC N03A\* », les termes « , N05BA01 et N05BA09 »

2° À la liste N° 6 prévue à l'article 106, médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle, la première phrase du point 24 est complétée à la fin par les termes « utilisés dans le traitement de maladies inflammatoires à médication immunitaire, conformément aux indications de l'autorisation de mise sur le marché ».

**Chapitre 13 au titre II des statuts : Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses**

3° Aux conditions particulières applicables au fichier B1, la première phrase du point (4) de l'article 2 est supprimée.

4° Le protocole thérapeutique prévu au point (22) de l'article 2 des conditions particulières applicables au fichier B1 est remplacé par le protocole ci-après :

(suit le fichier 05 – Chapitre 13 titre II – Codi 21.03.2018.pdf)

5° Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2018.

**Fichier 05 – Chapitre 13 titre II – Codi 21.03.2018.pdf**



**Demande de prise en charge par l'assurance maladie  
du monitoring continu de la glycémie (CGM)**

Matricule du patient

Nom et prénom

**Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 6 mois)**

Le patient utilise une pompe à insuline compatible avec la technologie CGM<sup>1)</sup>:  oui  non

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en endocrinologie, en médecine interne ou en pédiatrie, expérimenté en diabétologie et formé(e) à l'utilisation de la technologie CGM, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), répond à une des indications suivantes:

<input type="checkbox"/>	Patient diabétique de type 1, dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite (par pompe externe ou multi-injections) et d'une auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥4 / j).
<input type="checkbox"/>	Patient diabétique de type 1 instable ayant déjà nécessité une consultation d'urgence ou une hospitalisation, dans les 12 mois précédents.

Je certifie que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système de mesure en continu du glucose et est apte à l'utilisation correcte du dispositif CGM.

J'assure le suivi de la personne protégée utilisateur du dispositif CGM.

**Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que le patient a utilisé le monitoring pour 70% du temps au moins sur les 3 mois précédents la demande et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

**Nom du / des dispositifs médicaux envisagés:**

.....

.....

Je tiens à disposition du médecin-conseil du CMSS les pièces médicales objectivant la pathologie déclarée.

La présente est à renvoyer au **Service Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-1010 Luxembourg

Cachet, signature et date

<sup>1)</sup> Un récepteur inclus dans le code groupe N01D4 ne sera pris en charge que si aucune pompe à insuline compatible avec le CGM n'est utilisée.

**Fichier B2: Modifications avec effet au 01.06.2018 - Comité directeur du 21.03.2018**

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Longueur	Poids	Volume	P référ.	Taux	Remb. max.
030318X		Equipements d'oxygénothérapie en milieu extra-hospitalier (APCNS - 2/5 ans)						
<b>NOM COLLECTIF</b>								
M03031810L	BONBONNE A OXYGENE GAZEUX AVEC DETENDEUR DEBITMET					36,85	100%	36,85
M03031811L	BONBONNE A OXYGENE GAZEUX AVEC DETENDEUR DEBITMET					36,85	100%	36,85

**Fichier B3: Suppressions avec effet au 01.06.2018 - Comité directeur du 21.03.2018****Q01A1 Dispositif de correction auditive de classe 1**

*Forfait prévu en fonction de la perte auditive pour les personnes protégées vivant dans un environnement sonore uniforme et peu changeant*

**Montant forfaitaire (€) 800,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%**

<b>Resound</b>	<b><u>Code Tarif</u></b>	<b><u>Nom commercial</u></b>
	PA17097	Enya2

**Q01AS1 Extension stéréoacoustique du forfait Q01A1**

**Montant forfaitaire (€) 640,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%**

<b>Resound</b>	<b><u>Code Tarif</u></b>	<b><u>Nom commercial</u></b>
	PB17097	Enya2

**Q01A3 Dispositif de correction auditive de classe 3**

*Forfait prévu en fonction de la perte auditive pour les personnes protégées vivant dans un environnement sonore fluctuant et dans des situations d'écoute extrêmes*

**Montant forfaitaire (€) 1.200,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%**

<b>Resound</b>	<b><u>Code Tarif</u></b>	<b><u>Nom commercial</u></b>
	PA17099	Enzo2 5
	PA17100	Enzo2 7
	PA17101	Enzo2 9

**Q01AS3 Extension stéréoacoustique du forfait Q01A3**

**Montant forfaitaire (€) 960,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%**

<b>Resound</b>	<b><u>Code Tarif</u></b>	<b><u>Nom commercial</u></b>
	PB17099	Enzo2 5
	PA17100	Enzo2 7
	PA17101	Enzo2 9

**Q04B**    **Prise en charge forfaitaire pour dispositif de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré (BAHA - hors frais d'implantation)**

Montant forfaitaire (€)    4.200,00    pris en charge au taux de remboursement de    100%

**COCHLEAR**    **Code Tarif**    **Nom commercial**

PA10019    BAHA BP100

PA15160    BAHA5

**Q04BS**    **Extension stéréoacoustique du forfait Q04B**

Montant forfaitaire (€)    4.200,00    pris en charge au taux de remboursement de    100%

**COCHLEAR**    **Code Tarif**    **Nom commercial**

PB00701    BAHA CORDELLE II

PB10019    BAHA BP100

PB13058    BAHA BP110 POWER

PB15160    BAHA5

**Q04PC**    **Processeur d'implant cochléaire**

Montant forfaitaire (€)    6.900,00    pris en charge au taux de remboursement de    100%

**Advanced Bionic**    **Code Tarif**    **Nom commercial**

PA17005    Naida CI Q70

PA17006    Naida CI Q90

PA17007    Neptune

**Cochlear**    **Code Tarif**    **Nom commercial**

PA17028    CP910

**Med-EI**    **Code Tarif**    **Nom commercial**

PA17082    Sonnet

PA17083    Rondo

**Q04PCS Extension stéréoacoustique du forfait Q04PC****Montant forfaitaire (€) 5.520,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%****Advanced Bionic**      **Code Tarif**                      **Nom commercial**

PB17005                      Naida CI Q70

PB17006                      Naida CI Q90

PB17007                      Neptune

**Cochlear**                      **Code Tarif**                      **Nom commercial**

PB17028                      CP910

**Med-EI**                      **Code Tarif**                      **Nom commercial**

PB17082                      Sonnet

PB17083                      Rondo

**Q04PV**      **Processeur d'implant vibratoire****Montant forfaitaire (€) 3.900,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%****Med-EI**                      **Code Tarif**                      **Nom commercial**

PA17081                      Samba

**Q04PVS**      **Extension stéréoacoustique du forfait Q04PV****Montant forfaitaire (€) 3.120,00 pris en charge au taux de remboursement de 100%****Med-EI**                      **Code Tarif**                      **Nom commercial**

PB17081                      Samba

**Fichier B7: Ajouts avec effet au 01.06.2018 - Comité directeur du 21.03.2018**

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P référ.	Taux	Remb. max.
-----------------	----------------	--------	---------	----------	-------	--------	----------	------	------------

V74BX

Equipements d'oxygénothérapie en milieu extra-hospitalier

**NOM COLLECTIF**

FORFAIT GESTION REMPLISSAGE DE BOUTEILLES D'OXYGÈNE par bouteille	1	31,18	100%	31,18
---	---	-------	------	-------

