

# MEMORIAL

Journal Officiel  
du Grand-Duché de  
Luxembourg



# MEMORIAL

Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

---

## RECUEIL DE LEGISLATION

---

A—N°77

30 août 1994

---

### Sommaire

#### UNION DES CAISSES DE MALADIE

Modification des statuts de l'Union des Caisses de Maladie, telle que adoptée par l'assemblée générale de l'Union des Caisses de Maladie en sa séance du 13 juillet 1994 et approuvée par arrêté ministériel du 11 août 1994 . . . . . page **1402**

---

## Modification des statuts de l'Union des Caisses de Maladie, telle que adoptée par l'assemblée générale de l'Union des Caisses de Maladie en sa séance du 13 juillet 1994.

**Article 1<sup>er</sup>.** Les articles et intitulés ci-après des statuts de l'union des caisses de maladie prennent la teneur suivante:

**Art. 8.** En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. Toutefois pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pendant trois mois supplémentaires.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice des dispositions finales de l'alinéa premier du présent article, la personne protégée doit faire parvenir au contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du contrôle médical datant d'au moins trente jours avant la cessation du droit aux prestations.

**Art. 12.** Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du code des assurances sociales et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic exclus de la prise en charge.

Dans le cadre des présents statuts les termes «assurance maladie» comprennent également l'assurance contre les accidents.

**Art. 14.** Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance, ce sans préjudice toutefois des particularités prévues à ce sujet par les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel les prestations et fournitures doivent être délivrées. A défaut d'indication à ce sujet, les ordonnances cessent d'être opposables à l'assurance maladie dans les délais fixés dans les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales.

**Art. 17.** Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à autorisation préalable du contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, la personne protégée est en droit d'être informée par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du contrôle médical, celui-ci en refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

**Art. 20.** Sauf le cas où la loi ou les conventions conclues en vertu de l'article 61 du code des assurances sociales comportent un mode de paiement prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie de l'intégralité ou d'une partie des frais, il appartient à la personne protégée de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse de maladie compétente dans le délai prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie des fractionnements des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

**Art. 22.** Les prestations de soins de santé ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire, etc.

Les fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant que si au moment de leur délivrance la carte d'assuré de la personne protégée, dont le numéro matricule a été inscrit par le médecin-prescripteur sur l'ordonnance, est présentée ensemble avec l'ordonnance au fournisseur et que la correspondance de ces pièces ait été vérifiée par celui-ci.

Dans les cas prévus par les conventions visées aux articles 61 et 75 du code des assurances sociales, les factures se rapportant à des prestations prises en charge intégralement par la voie du tiers payant dans le cadre du secteur extra-hospitalier ne sont opposables à l'assurance maladie que si, par sa signature apposée sur la facture ou l'ordonnance, la personne protégée ou son représentant certifie la réception des prestations ou des fournitures y visées.

**Art. 24.** Les personnes protégées dont l'état de santé vient à nécessiter en raison d'une maladie ou d'un accident des prestations en nature immédiatement nécessaires au cours d'un séjour sur le territoire d'un pays qui n'est pas lié au Luxembourg par un instrument comprenant l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et maladies professionnels, ces prestations sont prises en charge d'après la législation luxembourgeoise ce, à condition que les tarifs appliqués au Luxembourg couvrent la situation visée. L'alinéa final de l'article 26 est applicable pour la prise en charge du traitement en milieu hospitalier.

Sont exclus du champ d'application de la présente disposition le traitement à l'étranger de pathologies préexistantes à moins que leur traitement ne devienne immédiatement nécessaire en raison de l'occurrence d'un fait médical imprévisible, ainsi que les accouchements survenant à l'étranger après le huitième mois de la grossesse.

Dans les cas prévus à l'alinéa premier, l'assurance maladie participe au rapatriement d'une personne protégée immobilisée vers un hôpital de la région de sa résidence, ce dans les limites de l'article 29.

**Art. 26.** Les consultations et les traitements dûment autorisés par le contrôle médical sont pris en charge intégralement aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. Les participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte, le cas échéant, par application des règlements communautaires ou des conventions bi-ou multilatérales ne sont pas prises en considération si l'autorisation de prise en charge est documentée par le formulaire E112 ou analogue, établi antérieurement à l'intervention.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est effectuée sur base des tarifs applicables au Luxembourg, ou à défaut, sur base des tarifs fixés par le contrôle médical par analogie aux tarifs luxembourgeois.

En cas d'application de l'alinéa précédent, la prise en charge du traitement en milieu hospitalier est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation déterminé pour la période concernée. Le montant de la prise en charge des prestations est majoré de cent pour cent au cas où le traitement n'est pas possible dans un Etat qui est lié au Luxembourg par un instrument bi- ou multilatéral.

**Art. 29.** Outre les dispositions prévues à l'alinéa final de l'article 137, les frais de voyage à l'étranger sont remboursés en cas de consultation, de traitement ou d'hospitalisation à l'étranger préalablement autorisés par le contrôle médical dans les conditions de l'article 27.

Les frais de voyage sont pris en charge intégralement suivant le tarif normal applicable au jour du voyage et correspondant au prix du billet de deuxième classe des chemins de fer jusqu'à concurrence soit d'un montant maximum de six cents (600.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour l'aller et le retour, soit d'une distance à l'aller qui ne dépasse quatre cents kilomètres.

Le maximum ci-dessus est porté à trois mille six cents (3.600.-) francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 en cas de traitement visé à l'article 26, alinéa 2 des statuts en dehors du continent européen.

Les frais de voyage d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour un traitement autorisé dans les conditions des articles 27 ou 28 sont pris en charge par l'assurance maladie dans les limites visées ci-dessus.

**Art. 35.** Les actes et services médicaux inscrits dans la nomenclature des actes médicaux sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales, applicables au moment de leur délivrance.

Pour les visites médicales il est déduit des taux de prise en charge visés à l'alinéa qui précède une participation de l'assuré s'élevant à vingt pour cent du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien, sans que cette participation ne puisse se répéter à charge de l'assuré dans un délai de vingt-huit jours commençant à courir de la date de la visite grevée de participation.

Les visites médicales non visées à l'alinéa qui précède et les consultations sont prises en charge à raison de quatre-vingt-quinze pour cent des tarifs fixés conformément à l'alinéa premier.

Toutefois, les consultations et visites en cas de traitement stationnaire en milieu hospitalier et celles visées par le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité, sont prises en charge intégralement.

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge sur base d'un tarif établi d'après la carte de distance officielle seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite. La

présente disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel sont pris en charge intégralement.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

### Limitation des prestations

**Art. 36.** Sauf autorisation préalable ou justification admise par le contrôle médical, ne sont prises en charge

- plus d'une consultation ou visite normales de l'omnipraticien ou du médecin-spécialiste de la même discipline médicale par vingt-quatre heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence;
- plus de deux consultations ou visites normales de l'omnipraticien ou du médecin-spécialiste de la même discipline médicale par période de sept jours,
- plus de dix consultations ou visites normales de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans le délai de cinq mois, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Sauf indication médicale admise par le contrôle médical, il n'est pris en charge que trois échographies par cas de grossesse.

Les échographies du sein ne sont prises en charge que si elles constituent un examen complémentaire suite à une mammographie dont l'interprétation justifie une exploration supplémentaire par échographie.

Sauf indication médicale admise par le contrôle médical, les mammographies réalisées pour les personnes protégées des classes d'âge inscrites dans le programme officiel de dépistage précoce du cancer du sein, ne sont prises en charge que dans le cadre de ce programme.

**Art. 41.** Dans les cas prévus par la nomenclature des actes des médecins-dentistes et la convention conclue avec le corps médico-dentaire, la prise en charge des prestations est soumise à présentation d'un devis préalable.

### Exclusions et limitations

**Art. 45.** Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les soins dispensés par les prestataires visés par les conventions prévues à l'article 61, sous 3) du code des assurances sociales ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par ces conventions.

La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres que infirmiers 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.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

**Art. 54.** Le taux de prise en charge est de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales applicables au moment de leur délivrance pour les séances dépassant le nombre de huit par période de 365 jours.

Les séances délivrées en milieu hospitalier stationnaire sont prises en charge à cent pour cent des tarifs prévus quelque soit le nombre de séances les ayant précédées.

**Art. 55.** Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes ne répondant pas aux conditions de l'article précédent, ainsi que les actes inscrits dans la nomenclature sous les libellés et codes suivants: massage manuel (ZM1), massage sous l'eau et sous pression (ZM2), fango (ZM3), électrothérapie (ZM4), ultrasonothérapie (ZM5) et traitement par courants excito-moteurs par électrode mobile ou courant progressif (ZM6), sont pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent des tarifs susvisés, quelque soit le nombre de séances prescrites.

**Art. 78.** Les forfaits pour cures thermales telles qu'elles sont fixées par la nomenclature des actes visée à l'article 65 du code des assurances sociales, sont prises en charge à cent pour cent des tarifs prévus par la convention visée à l'article 61, sous 5) du même code. Les autres prestations prévues dans la nomenclature du Centre thermal et de santé sont prises en charge au taux de quatre-vingt pour cent, à l'exception des applications de fango naturel (T260) et de fango naturel global (T261), qui sont prises en charge à raison de 60 % du tarif conventionnel.

**Art. 79.** Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixée forfaitairement à deux cent soixante (260.-) francs par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1<sup>er</sup> janvier 1948. La part forfaitaire à charge de l'assurance maladie est due par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle à l'effet d'héberger des personnes, situé sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains, sans que toutefois le montant remboursé ne puisse dépasser les frais effectivement exposés.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les logements comportant des prestations hôtelières, offerts au séjour des curistes par des établissements ne disposant pas de l'autorisation prévue doivent être agréés par l'union des caisses de maladie.

Aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance maladie pour un logement sous tente, en roulotte ou en chambre garnie auprès de particuliers.

Les personnes protégées ayant leur résidence officielle dans la commune de Mondorf-les-Bains ont droit, sur documentation de factures acquittées se rapportant aux dates où elles ont suivi le programme de cure, à un montant forfaitaire à charge de l'assurance maladie de soixante-quinze (75.-) francs par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1<sup>er</sup> janvier 1948.

La part à charge de l'assurance maladie est liquidée sur présentation d'une facture d'un des établissements visés à l'alinéa premier ci-dessus. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les factures acquittées doivent être établies explicitement au nom du curiste. Elles doivent porter la date de leur établissement et indiquent obligatoirement le nombre de nuitées effectives, ainsi que les dates du début et de la fin du séjour du curiste.

Si, en raison de l'arrêt normal du programme de cure en fin de semaine et les jours fériés légaux, la personne protégée interrompt son séjour, elle n'a droit pour ces jours à aucune part à charge de l'assurance maladie.

**Art. 80.** Les cures thermales et hydrothérapiques prises en charge par l'assurance maladie sont limitées à trois par cas.

Des cures supplémentaires peuvent exceptionnellement être autorisées lorsque le contrôle médical constate la présence d'affections graves nettement caractérisées pour lesquelles un traitement thermal est médicalement justifié.

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

**Art. 97.** Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de son émission.

### **Conditionnement, limitations et règles spéciales concernant la prise en charge des médicaments et fournitures**

**Art. 100.** La prise en charge des médicaments et fournitures se limite aux produits délivrés aux conditions et dans les conditionnements prévus par la convention visée à l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

Les médicaments à base de sumatriptan ne sont pris en charge qu'après introduction d'un dossier médical détaillé et motivé ayant trouvé l'accord du contrôle médical. Sauf avis favorable du contrôle médical autorisant la délivrance d'une quantité supérieure, la prise en charge est limitée à quatre comprimés ou quatre ampoules par personne et par mois.

**Art. 106.** Ne sont pas pris en charge les médicaments et fournitures relevant d'une des catégories suivantes :

- les produits faisant l'objet d'une publicité atteignant par quelque moyen que ce soit le public;
- les produits diététiques et de régime;
- les thés et tisanes de marque;
- la phytothérapie sous forme de gélules;
- les savons, shampooings, lotions capillaires et bains médicamenteux;
- les produits de cosmétique médicale;
- les reconstituants (fortifiants) et antiasthéniques, y compris les médicaments à base de vitamines et les oligo-éléments. Ne sont pas considérés comme reconstituants la vitamine A, la vitamine D, la vitamine K, les vitamines du complexe B, les produits ne contenant que du calcium ou du magnésium ou un sel ferreux.
- les médicaments homéopathiques. Sont toutefois pris en charge les unitaires qui sont uniquement commercialisés sous les formes pharmaceutiques suivantes : granules, globules, gouttes, triturations, suppositoires, pommades;
- les groupes de médicaments suivants :
  - contraceptifs;
  - anorexigènes amphétaminiques;
  - psychostimulants;
  - antiseptiques buccopharyngés et antitussifs sous forme orale à sucer et sous forme de collutoires;
  - baumes broncho-pulmonaires;
  - préparations à inhaler à base d'essences aromatiques;
  - médicaments utilisés dans le mal des transports;
  - médicaments utilisés dans le cadre de la désintoxication tabagique;
  - vaccins antibactériens non spécifiques et immunostimulants à base de plantes;
  - les cytostatiques à base de «herba visci albi»;
  - implants de collagène;
- les médicaments prescrits préventivement à l'occasion de voyages;
- les tests autres que ceux servant à la détermination du glucose dans le sang et les urines.

**Art. 107.** Les médicaments figurant dans la liste officielle prévue à l'article 104 des présents statuts et non exclus de la prise en charge conformément à l'article 106, sont rangés en trois classes différentes. Pour chacune de ces classes il est prévu un taux de prise en charge spécifique, appliqué au prix officiel inscrit dans cette liste.

La classification des médicaments nouveaux est fixée provisoirement par le président du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie sur base des critères définis aux articles 106, 109 et 110 ainsi que d'un avis de la commission d'experts instituée sur base du règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués, à charge de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie d'entériner cette décision sur un avis du contrôle médical au cours de sa première réunion suivant la décision prise conformément à ce qui précède.

**Art. 108.** Le taux normal de quatre-vingt pour cent s'applique à tous les médicaments non visés par les articles 106, 109 à 113.

Par dérogation à l'article 106, les anti-ovulatoires sont pris en charge par l'assurance maladie au taux normal de quatre-vingt pour cent dans le traitement de maladies caractérisées après accord préalable du contrôle médical.

Par dérogation à l'article 106, certains produits de soins dermatologiques normalement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie peuvent, dans des affections dermatologiques graves et étendues, être pris en charge au taux de quatre-vingt pour cent après accord préalable du contrôle médical.

**Art. 109.** Le taux de cent pour cent s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant en général qu'une seule matière active et destinés à combattre des maladies de longue durée. Ces médicaments doivent correspondre aux groupes suivants :

- anti-inflammatoires intestinaux appartenant au groupe des 5-ASA (A07EC)
- antidiabétiques - insulines (A10AA)
- antidiabétiques - biguanides (A10BA)
- antidiabétiques - sulfonamides (A10BB)
- antidiabétiques inhibiteurs des alpha-glucosidases (A10BF)
- anticoagulants - antivitamines K (B01AA)
- glucosides cardiotoniques (C01A)
- antiarythmiques groupe I et III (C01B)
- antiangoreux à base de dérivés nitrés (sous forme orale) (C01DA)
- antihypertenseurs - antiadrénergiques centraux (C02A)
- antihypertenseurs - antiadrénergiques périphériques (C02C)
- antihypertenseurs - agents actifs sur le muscle lisse artériolaire (C02D)
- antihypertenseurs - agents actifs sur le système rénine-angiotensine (C02E)
- antihypertenseurs - autres substances (C02K)
- bêta-bloquants (C07A)
- hormones hypothalamiques (H01CB)
- tuberculostatiques (J04A)
- antinéoplasiques et agents immunomodulants (L)
- sels d'or (M01CB)
- antirhumatismaux à base de penicillamine (M01CC)
- antiépileptiques (N03A)
- antiparkinsoniens (N04)
- antiasthmatiques- bêta-2-mimétiques sélectifs (R03AC et R03CC)
- antiasthmatiques - xanthines (R03DA)

**Art. 110.** Le taux de quarante pour cent s'applique aux médicaments des catégories suivantes :

- analgésiques et anti-inflammatoires percutanés ;
- antiseptiques buccopharyngés sous forme de bains de bouche
- anorexigènes non-amphétaminiques ;
- orexigènes ;
- anxiolytiques ;
- hypnotiques et sédatifs ;
- cholérétiques et cholagogues, hépatotropes et hépatoprotecteurs ;
- laxatifs, purgatifs et fibres diététiques ;
- veinotoniques et vasculoprotecteurs ;
- vasoconstricteurs de la sphère ORL (par voie orale et nasale) ;
- lubrifiants oculaires.

**Art. 111.** Nonobstant les dispositions ci-dessus, les médicaments suivants, reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, sont pris en charge après autorisation préalable par le contrôle médical au taux de cent pour cent du prix officiel.

La liste ci-après peut être complétée provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, à charge de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie d'entériner cette décision sur un avis du contrôle médical au cours de sa première réunion suivant la décision prise conformément à ce qui précède :

- hormones de croissance ;
- médicaments à base d'érythropoïétine.

**Art. 112.** Nonobstant toute disposition contraire, le taux de prise en charge de cent pour cent est appliqué aux médicaments des catégories prévues aux articles 108 et 110 lorsque ces médicaments sont utilisés par des personnes protégées pour le traitement d'une des maladies longues et coûteuses suivantes :

- mucoviscidose ;
- déficit immunitaire primitif sévère ;
- déficit immunitaire acquis sévère ;
- hémoglobinopathies homozygotes.

Le bénéfice du présent article est subordonné à une autorisation préalable du contrôle médical sur base d'un dossier médical motivé, établi par le médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

La partie du prix des médicaments payée directement au pharmacien est remboursée par l'assurance maladie contre remise à la caisse de maladie compétente de la facture visée à l'article 102, munie du numéro matricule de la personne protégée.

**Art. 114.** Les prescriptions magistrales sont prises en charge aux taux de quatre-vingt pour cent.

Toutefois ne sont pas prises en charge:

- 1) Les prescriptions magistrales de substitution de médicaments enregistrés. Toutefois sont prises en charge les préparations correspondantes à ces médicaments aux dosages différents pour usage pédiatrique, ce sous n'importe quelle forme galénique.
- 2) Les prescriptions magistrales par voie orale et rectale:
  - renfermant une substance (principe actif) non inscrite au tarif des médicaments (fichier A2);
  - comportant l'incorporation d'un médicament non admis au remboursement.
- 3) Les préparations magistrales par voie orale sous forme de gélules ou de cachets renfermant plus d'une substance active, à l'exception des dosages pédiatriques.
- 4) Les prescriptions magistrales homéopathiques, y compris les auto- et hétéroisothérapeutiques.
- 5) Les prescriptions magistrales phytothérapeutiques sous forme de gélules ou de cachets.

Par dérogation à ce qui précède, pour les préparations magistrales à usage externe, l'incorporation d'une substance active non inscrite au «Règlement ministériel du 5 novembre 1993 modifiant le règlement ministériel modifié du 10 janvier 1991 fixant le tarif des médicaments» ou l'incorporation d'une spécialité non remboursée n'entraîne pas le refus du remboursement de toute la magistrale, mais seulement celui de la spécialité concernée. Au cas où des médicaments inscrits à la liste des médicaments à usage humain admis à la vente au Luxembourg sont incorporés dans la magistrale, ceux-ci sont pris en charge au taux correspondant à celui prévu dans le fichier afférent.

Lorsqu'une ordonnance prévoit la dispensation de substances médicamenteuses du type: éther, alcool, alcool isopropylique, acétone, éthanol, eau oxygénée, etc., sans indication de la quantité exacte, il n'est pris en charge qu'une quantité qui correspond à l'usage normal pour lequel le produit est destiné.

Pour les préparations dermatologiques, la mise en tube est prise en charge si le pharmacien en fait mention sur l'ordonnance. Il en est de même pour le microfiltre nécessaire pour la filtration des collyres.

**Art. 130.** Le renouvellement d'un oeil artificiel en verre ne pourra intervenir qu'après l'écoulement d'un délai d'un an à partir de la date de la fourniture antérieure.

Le renouvellement d'un oeil artificiel en matière synthétique ne pourra se faire qu'après l'écoulement d'un délai de trois ans à partir de la date de la fourniture antérieure.

Les délais de renouvellement ne sont pas applicables aux enfants lorsque le contrôle médical constate que le renouvellement des yeux artificiels s'impose en raison de leur croissance.

**Art. 135.** Sauf en cas d'urgence, les transports de malades effectués par un véhicule ambulancier ou un autre moyen de transport opéré par un professionnel officiel ou par les services de secours organisés par les pouvoirs publics, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur ordonnance médicale préalable.

Pour être opposables les ordonnances spécifient le motif du transport et précisent si l'état du malade nécessite un transport par air ou par terre, ainsi que si le transport peut être effectué en taxi ou doit être effectué par un véhicule sanitaire léger, une ambulance ou une ambulance médicalisée, et si le transport doit être effectué avec ou sans accompagnement d'un professionnel de santé qualifié ou d'un médecin.

Les frais de transport sont pris en charge sur base des tarifs conventionnels applicables dans le cadre de la convention visée à l'article 61, sous 11) du code des assurances sociales ou, à défaut, sur base des tarifs réglementaires ou des prix maxima autorisés par l'Office des Prix.

**Art. 136.** Aux tarifs et conditions fixés par les conventions visées à l'article 61, sous 1 et 11) du code des assurances sociales, ou ceux fixés par les règlements applicables aux services de transport d'urgence publics, les frais de transport en véhicule sanitaire léger, en ambulance, en ambulance médicalisée ou en hélicoptère de secours sont à charge de l'assurance maladie dans les cas suivants:

- 1) Les transports d'urgence à l'hôpital après un accident ou en cas de maladie aiguë.
- 2) Les transferts urgents entre hôpitaux pour les examens ou traitements spéciaux qui ne peuvent être dispensés par l'hôpital où séjourne la personne protégée.

**Art. 137.** Sur ordonnance médicale motivée et préalable les frais de transport à l'aller et au retour à l'intérieur du pays en ambulance sont à charge de l'assurance maladie exclusivement dans les cas suivants et sous condition que la personne protégée soit immobilisée ou que son état de santé exige une position allongée durant le transport:

- 1) Le transport aller et retour de la personne protégée entre le lieu de son séjour habituel et un hôpital, le centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm ou un médecin spécialiste le plus proche pour y recevoir des soins de santé à charge de l'assurance maladie qui ne peuvent être dispensés au lieu de son séjour habituel.
- 2) Le transport aller et retour d'une personne protégée séjournant dans un hôpital vers un autre hôpital pour y recevoir des soins de santé à charge de l'assurance maladie qui ne peuvent être dispensés à l'hôpital où elle séjourne ou le transport d'une personne protégée séjournant dans un hôpital vers un hôpital de suite.
- 3) Le transport aller et retour de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et un hôpital ou le centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm, en cas d'interruption temporaire d'un traitement stationnaire qu'elle y reçoit.

- 4) Le transport de la personne protégée d'un hôpital ou du centre de réhabilitation et de rééducation fonctionnelles de Hamm vers son lieu de séjour habituel ou vers un centre de convalescence, à la fin d'un traitement stationnaire.
- 5) Le transport aller et retour de la personne protégée d'un hôpital vers le cabinet d'un médecin-spécialiste, au cas où les soins à charge de l'assurance maladie ne peuvent être dispensés à l'hôpital.
- 6) Après une admission par le service d'urgence dans un hôpital de garde, le transfert d'une personne protégée vers l'hôpital de son choix.
- 7) Le transport d'une personne protégée immobilisée ou amputée d'un membre inférieur, pour l'adaptation d'un appareillage orthopédique ou pour l'adaptation d'une première prothèse de membre dans un atelier spécialisé.

Les ordonnances médicales de transport sont vérifiées par le contrôle médical qui peut décider le refus de la prise en charge des transports pour lesquels des justifications médicales insuffisantes sont produites.

Sur autorisation préalable du contrôle médical la prise en charge pour le transport aller et retour en ambulance d'une personne protégée immobilisée peut être accordée lorsque celle-ci doit se rendre dans un centre spécialisé à l'étranger pour y recevoir un traitement autorisé conformément à l'article 25.

#### **Transport en taxi ou en voiture privée**

**Art. 139.** Sur ordonnance médicale les frais de transport à l'aller et au retour en taxi sont à charge de l'assurance maladie, sous condition que l'état de santé de la personne protégée ne permet pas son transport par un moyen de transport public dans les cas suivants :

- 1) Sur autorisation préalable par le contrôle médical, les transports vers les lieux où sont dispensés des traitements répétés de chimiothérapie, de radiothérapie, d'hémodialyse ou de rééducation et de réadaptation fonctionnelles au centre spécialisé visé à l'article 137, alinéa 1 .
- 2) Sur autorisation préalable du contrôle médical, le déplacement pour une consultation ou un traitement à l'étranger et jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 400 km à l'aller.
- 3) Le transport à l'aller et retour à l'hôpital de garde le plus proche pour y recevoir un traitement stationnaire ou à la maternité la plus proche pour y accoucher.

Les transports en voiture privée dans les cas visés ci-dessus donnent lieu, sur déclaration de la personne protégée et pour celle-ci uniquement, à la prise en charge d'un montant forfaitaire de 6.- (six) francs par kilomètre parcouru.

**Art. 140.** Dans les cas non prévus par la convention liant l'union des caisses de maladie au groupement représentatif des hôpitaux, les frais de transport de biopsies ou de prélèvements devant être transportés d'urgence et dans des conditions spéciales vers le lieu de l'analyse ou de l'intervention, sont pris en charge suivant le tarif des prix officiels ou conventionnels pour courses en taxi.

Lorsque le transport des biopsies ou des prélèvements est effectué en voiture privée, les frais sont pris en charge conformément à l'alinéa final de l'article 139.

Dans les cas non prévus par la convention liant l'union des caisses de maladie au groupement représentatif des hôpitaux, les frais de transport d'organes humains destinés à l'implantation immédiate à une personne protégée sont pris en charge par l'assurance maladie sur ordonnance médicale et sur autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale selon le cas, soit aux tarifs officiels ou conventionnels pour courses en taxi, soit au tarif conventionnel appliqué pour le transport secondaire de malades par air.

**Art. 141.** Dans les cas prévus par les conventions conclues sur base de l'article 61 sous 11) du code des assurances sociales, les frais de transport sont pris en charge dans les conditions et d'après les modalités y déterminées.

**Art. 143.** Sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs légaux, réglementaires ou conventionnels et suivant les modalités fixées dans les conventions en vigueur, les prestations suivantes :

- 1) Les frais de location des appareils ainsi que les matières fournies à l'occasion d'un examen de radiodiagnostic et d'un traitement par radiothérapie et radioéléments en source scellée et non scellée ;
- 2) Les forfaits chirurgicaux et forfaits d'anesthésie ainsi que les pansements spéciaux repris sous d) de l'annexe D prévue à la convention du 31 décembre 1974 entre l'UCM et l'EHL, le matériel de synthèse ;
- 3) L'hémodialyse ;
- 4) La chimiothérapie ;
- 5) La location d'appareils ;
- 6) Les bandes plâtrées et plâtres spéciaux ;
- 7) Les attelles, les talonnettes et accessoires de la catégorie H prévus à la convention modifiée du 31 décembre 1974 entre l'UCM et l'EHL ;
- 8) Les sondes et cathéters ;
- 9) Les perfusions ;
- 10) Les examens de laboratoire et les analyses de biologie clinique ;
- 11) Les médicaments et les produits sanguins ;
- 12) Les prestations des professionnels de santé visés par l'annexe «H» à la convention du 31 décembre 1974 conclue entre l'UCM et l'EHL, telles que ces prestations sont définies par les nomenclatures des actes applicables au 1<sup>er</sup> février 1994.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les dispositions prévues à l'article 55 sont applicables aux prestations délivrées en ambulatoire. Toutefois la participation des personnes protégées en cas de délivrance des prestations ambulatoires par les masseurs et les masseurs-kinésithérapeutes salariés des hôpitaux ne peut être supérieure à celle résultant de l'application de l'article 55 en cas de délivrance des soins par les masseurs et masseurs-kinésithérapeutes du secteur libéral.

**Art. 151.** Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Toutefois, les fournitures dispensées en pharmacie et munies d'un numéro national sont délivrées et prises en charge conformément aux conventions conclues sur base de l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

**Art. 162.** Dans des cas exceptionnels où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve et sur demande de la personne protégée il peut être consenti, sur décision du président de la caisse de maladie compétente, une avance sur les créances que possède la personne protégée à l'égard de l'assurance maladie, par l'établissement d'un titre de prise en charge permettant à la personne protégée de satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins ou de fournisseurs agréés pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie ce, à condition :

- qu'il s'agisse de prestations non prises en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions prévues à l'article 61 du code des assurances sociales,
- qu'il s'agisse de fournitures ou prestations pour lesquelles toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies.

Sur le titre de prise en charge la personne protégée déclare par sa signature avoir reçu une avance de fonds sur les créances qu'elle possède du chef de l'accomplissement des conditions de prise en charge pour les prestations ou fournitures dont il s'agit.

L'avance est faite par un chèque barré, tiré sur un compte bancaire de l'union des caisses de maladie et libellé au nom du prestataire destinataire des fonds.

**Art. 164.** Les comptables extraordinaires prévus par les dispositions du règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladie-maternité peuvent procéder à des règlements par chèque ou en espèces pour le paiement des prestations dans les cas prévus aux articles 162 et 163 ci-dessus, ainsi que pour le paiement de l'indemnité funéraire.

Il peut en être de même dans les cas où l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité est payée par la caisse compétente directement à la personne protégée.

**Art. 167.** Dans les limites de l'article 165, l'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci.

Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit: au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et soeurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

**Art. 181.** Sur présentation d'une demande-type de remboursement mise à la disposition par la caisse ou d'une autre formule agréée par la caisse, l'employeur obtient de la part de la caisse de maladie le remboursement de l'indemnité pécuniaire nette de maladie ou d'accident, dûment avancée, ainsi que des impôts.

Le montant avancé est remboursé à l'employeur au plus tard à la fin du mois qui suit celui au cours duquel la demande de remboursement a été introduite à la caisse de maladie compétente.

Les cotisations au titre de l'assurance maladie et de l'assurance pension sont payées directement par la caisse de maladie à l'institution de sécurité sociale compétente au moment du remboursement à l'employeur.

**Art. 195.** Sous réserve des dispositions prévues à l'article précédent les heures de sorties suivantes peuvent être autorisées par le médecin traitant :

- de 10.00 à 12.00 heures, le matin et
- de 14.00 à 18.00 heures l'après-midi.

**Article II.** Les articles 52, 53, 58, 71, 75, 81, 90, 93, 101 et 103, sont abrogés.

**Article III.** La liste limitative établie en exécution de l'article 12 a la teneur suivante :

- 1) L'assurance maladie ne prend en charge le diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques et malformations foetales par amniocentèse, choriocentèse ou prélèvement de sang foetal que pour les personnes protégées remplissant une des conditions suivantes :
  - femmes âgées de 35 ans et plus;
  - mères ayant déjà donné naissance à un enfant porteur d'une aberration chromosomique;
  - pères ou mères porteurs d'une anomalie de structure chromosomique;
  - malformations foetales, retard de croissance intra-utérin ou anomalie quantitative du liquide amniotique découverts à l'échographie;
  - existence de maladies génétiques familiales.
- 2) L'assurance maladie ne prend pas en charge les marqueurs sériques maternels de détection prénatale de la trisomie 21.

- 3) L'assurance maladie prend en charge le traitement de la stérilité du couple après que la constatation de la stérilité ait été signalée au contrôle médical de la sécurité sociale par certificat médical circonstancié par la personne protégée ou par le médecin traitant. En plus une autorisation préalable est requise pour les traitements suivants:
- Fertilisation in vitro;
  - Injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde.

La fertilisation in vitro et/ou l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde sont limités à un maximum de 4 essais.

Le traitement de la stérilité n'est pas pris en charge:

- après ligature des trompes ou après vasectomie;
  - si la femme est âgée de plus de 40 ans.
- 4) L'assurance maladie ne prend pas en charge l'ostéodensitométrie.
- 5) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement des troubles de la réfraction par traitement chirurgical ou par laser.
- 6) L'assurance maladie ne prend pas en charge le traitement chirurgical de l'obésité.
- 7) L'assurance maladie ne prend pas en charge l'échange de prothèses mammaires dont la mise en place n'avait pas fait l'objet d'une autorisation expresse de prise en charge par l'assurance maladie.

**Article IV.** Les présentes modifications entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> du mois suivant leur publication au Mémorial.

---