

CODE

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

LIVRE Ier

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

SOMMAIRE

Chapitre I.	- Etendue de l'assurance	Art. 1 - 7
	<i>Assurance obligatoire</i>	Art. 1
	<i>Assurance volontaire</i>	Art. 2
	<i>Détachement à l'étranger</i>	Art. 3
	<i>Exemption et dispense de l'assurance</i>	Art. 4 - 6
	<i>Extension de l'assurance</i>	Art. 7
Chapitre II.	- Objet de l'assurance	Art. 8 - 27
	<i>Indemnité pécuniaire de maladie</i>	Art. 9 - 16
	<i>Prestations de soins de santé</i>	Art. 17 - 24
	<i>Prestations de maternité</i>	Art. 25 - 26
	<i>Indemnité funéraire</i>	Art. 27
Chapitre III.	- Financement	Art. 28 - 43
	<i>Système de financement</i>	Art. 28
	<i>Taux de cotisation</i>	Art. 29 - 30
	<i>Charge des cotisations</i>	Art. 31 - 32
	<i>Assiette de cotisation</i>	Art. 33 - 39
	<i>Financement des prestations de maternité et des prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales</i>	Art. 40
	<i>Administration du patrimoine</i>	Art. 41
	<i>Paieement des cotisations</i>	Art. 42
	<i>Remboursement des cotisations</i>	Art. 43
Chapitre IV.	- Organisation	Art. 44 - 59
	<i>Caisse nationale de santé</i>	Art. 45 - 47
	<i>Les caisses de maladie</i>	Art. 48 - 51
	<i>Mutualité des employeurs</i>	Art. 52 - 59
Chapitre V.	- Relations avec les prestataires de soins	Art. 60 - 80
	<i>Relations dans le secteur extra-hospitalier</i>	Art. 61 - 73bis
	<i>Relations avec le secteur hospitalier</i>	Art. 74 - 79
	<i>Action concertée</i>	Art. 80
Chapitre VI.	- Dispositions diverses	Art. 81 - 84
	<i>Concours de l'assurance et de l'assistance</i>	Art. 81
	<i>Concours avec la responsabilité de tiers</i>	Art. 82
	<i>Contestations et voies de recours</i>	Art. 83
	<i>Paieement et prescription des prestations</i>	Art. 84

Chapitre I. - Etendue de l'assurance

Assurance obligatoire

- 1 **Art. 1er.**¹⁾ Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent: L. 27.7.92
- 1) ²⁾³⁾ les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui;
 - 2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée;
 - 3) les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui, soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale, soit résident au Grand-Duché de Luxembourg;
 - 4) ⁴⁾ les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial. L. 25.7.05,1,1°
- Sont assimilés à ces personnes:
- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité qui détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
 - les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité qui sont délégués à la gestion journalière,
- à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;
- 5) le conjoint ou le partenaire ⁵⁾ au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale; L. 25.7.05,1,2°
 - 6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale; L. 27.7.92
 - 7) les personnes visées par la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement de même que celles visées par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales; L. 25.7.05,1,4°
 - 8) ⁶⁾ les bénéficiaires d'une pension personnelle ou d'une pension de survie en vertu du livre III du présent code ou de la législation et réglementation sur les pensions d'un régime spécial transitoire⁷⁾ luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg; L. 27.7.92

1) **L. 30.11.07,7:**

Le requérant qui demande un agrément d'assistant parental doit attester de son affiliation personnelle à la sécurité sociale et de sa souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle.

2) *Par L. 8.12.81,31 (Mém. A 98 du 24.12.1981, page 2388) les requis au titre de cette loi non affiliés auprès d'un régime de sécurité sociale sont affiliés d'office auprès des organes compétents pour les employés privés.*

3) *Par L. 28.11.79 (Mém. A 88 du 30.11.1979, p. 1768) le parlementaire est affilié pendant la durée de son mandat auprès de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, à condition qu'il ne soit affilié obligatoirement à une autre caisse.*

4) **L. 25.7.05,V:**

Les dispositions prévues à l'article 1er, sous les points 1 [article 1er,1,4)], 13 [article 85,1,7)] et 18 [article 171, 1,2)] ne peuvent avoir pour effet d'opérer un changement des affiliations existant au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.11.05) sauf demande des personnes concernées ou modifications des circonstances juridiques.

5) *Par partenariat il y a lieu d'entendre une communauté de vie de deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple et qui ont fait une déclaration conjointe par écrit auprès de l'officier de l'état civil de la commune de résidence (L. 9.7.04).*

6) *Les bénéficiaires de l'indemnité de préretraite sont assimilés aux bénéficiaires de pension en ce qui concerne l'affiliation et le taux de cotisation (Article L. 585-2(2) du Code du travail).*

7) *Les mots "régime non contributif" ont été remplacés par les termes "régime spécial transitoire" par L. 25.7.05,1,5°.*

- 9) les bénéficiaires d'une ou de plusieurs rentes personnelles pour une réduction de la capacité de travail de cinquante pour cent au moins ainsi que d'une rente de survie en vertu de la législation concernant les dommages de guerre, à condition qu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg et qu'ils ne soient pas affiliés obligatoirement à un autre titre;
- 10) les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue;
- 11) les bénéficiaires d'un complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; L. 25.7.05,1,6°
- 12) les membres de la chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des communautés européennes pendant la durée de leur mandat, à condition qu'ils ne soient pas assurés obligatoirement à un autre titre; L. 27.7.92
- 13) les enfants âgés de moins de dix-huit ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,c)
- 14) les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,d)
- 15) les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui par suite d'infirmité physique ou intellectuelle se trouvent hors d'état de gagner leur vie, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,e)
- 16) ¹⁾les volontaires de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales²⁾, les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement; L. 12.5.10,2,1°,a)
- 17) ¹⁾les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes; L. 31.10.07,8,(1)
- 18) ¹⁾aux travailleurs handicapés occupés dans les ateliers protégés et aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; L. 28.1.99,11,1
- 19) les sportifs d'élite qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi du 3 août 2005 concernant le sport; L. 3.8.05,22,1
- 20) les bénéficiaires d'une rente partielle ou complète, d'une rente d'attente ou d'une rente de survie en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010. L. 12.5.10,2,1°,b)
- 2 L'assurance peut être étendue suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal aux personnes poursuivant des mesures d'insertion ou de réinsertion professionnelles. L. 27.7.92
- 3 Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux personnes visées au numéro 1) de l'alinéa 1 du présent article les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre de l'article 91. L. 12.5.10,2,1°,c)

Assurance volontaire

- 1 **Art. 2.** La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de L. 17.12.10,1,1°

1) Numérotation adaptée par L. 25.7.05,1,3°.

2) **L. 2.8.1997, art. 29:**

Le service de santé de l'armée assurera le traitement médical des volontaires; il peut avoir recours à des médecins spécialistes et, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin militaire, à un médecin civil.

Pour les frais de soins de santé les volontaires de même que les membres de carrière de l'armée pourront obtenir un remboursement complémentaire en cas de détachement à l'étranger ou de missions autorisées par le ministre (voir aussi R. 12.6.98).

la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.

- 2 Les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale. L. 27.7.92
- 3 Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'Etat procède à l'affiliation des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance maladie. L. 28.7.00,27,1)
- 4 Les conditions et modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 27.7.92 R. 24.12.93

Détachement à l'étranger

Art. 3. Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés à l'assurance maladie luxembourgeoise.

Exemption et dispense de l'assurance

- 1 **Art. 4.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.
- 2 Ne sont en outre pas assujetties à l'assurance en vertu de la présente loi, les personnes soumises à un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension leur accordée à ce titre.
- 3 L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation.
- 4 Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. L. 28.7.00, 27,2)
- 1 **Art. 5.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 1er, sous 5) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 1 et 180, alinéa 1. L. 12.5.10,2,2°
- 2 Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1er, sous 4), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.
- 3 Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 3 et 180, alinéa 3.
- 4 Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1er, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 1er, numéro 4), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1er, numéro 5). L. 25.7.05,1,8°
- Art. 6.** Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance maladie étranger. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 27.7.92

Extension de l'assurance

L. 9.7.04,15,4°

- 1 **Art. 7.** Le bénéfice de l'assurance obligatoire et de l'assurance volontaire s'étend:
 - 1) au conjoint ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;

- 2) au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, tient le ménage de l'assuré principal;
 - 3) aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; L. 26.7.10,V,1°
 - 4) aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour lesquels l'assuré, son conjoint ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
 - 5) aux ayants droit visés sous 3) et 4) âgés de moins de trente ans et pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée, s'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule tel que défini par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
- 2 Le bénéficiaire du présent article est subordonné à la condition que l'intéressé ne soit pas affilié personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'il réside au Grand-Duché de Luxembourg. L. 9.7.04,15,4°
- 3 Dans des cas exceptionnels et pour des motifs graves, la Caisse nationale de santé peut accorder dispense des conditions d'âge et de résidence prévues aux deux alinéas qui précèdent.
- 4 Chaque personne susvisée n'est protégée que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui avec lequel elle vit en communauté domestique ou qui en assure l'éducation et l'entretien. Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

Chapitre II. - Objet de l'assurance

L. 27.7.92

Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts: L. 17.12.10,1,2°

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.

Indemnité pécuniaire de maladie

- 1 **Art. 9.** En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie.¹⁾ L. 27.7.92
- 2 L'indemnité pécuniaire de maladie est due pareillement pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article L. 234-51 du Code du travail. L. 13.5.08,2,1°
- 3 L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail. L. 16.3.09,10,1
- 1 **Art. 10.** Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. L. 17.12.10,1,3°
- 2 Sont portées en compte séparément: L. 13.5.08,2,2°
- 1) la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse;
 - 2) la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par

1) **L. 13.5.08,11:**

Les délais prévus à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 nouveau du Code du travail sont computés à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi. En attendant que cette computation sorte ses effets, les anciennes dispositions restent applicables.

Le niveau des indemnités pécuniaires de maladie en cours au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi ne peut être réduit du fait de l'application des nouvelles dispositions.

- une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.
- 3 A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.
 - 4 Par dérogation aux alinéas qui précèdent l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.
 - 5 Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.
 - 6 Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.
 - 7 Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue postnumerando.
 - 8 L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.
- 1 **Art. 11.** L'indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail, à condition que celle-ci ait été déclarée dans les formes et délais prévus par les statuts. L. 27.7.92
 - 2 L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 426, alinéa 2. L. 13.5.08,2,3°,a)
 - 3 La Caisse nationale de santé rembourse à l'employeur les sommes payées à titre d'indemnisation des incapacités de travail au cours de la période de conservation légale de la rémunération aux assurés visés à l'article 426, alinéa 2. L. 13.5.08,2,3°,b)
 - 4 Nonobstant la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, les assurés sont tenus de déclarer les incapacités de travail à la Caisse nationale de santé conformément à l'alinéa 1.
 - 5 L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance dépendance, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales.¹⁾ L. 21.12.04,1,2°
- 1 **Art. 12.** Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire. L. 17.12.10,1,4°
 - 2 L'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum de référence. L. 27.7.92
 - 3 L'indemnité pécuniaire accordée aux non salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. L. 13.5.08,2,4°
- Art. 13.** En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum prévu à l'article 10, alinéa final, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires. L. 27.7.92
- 1 **Art. 14.** L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts. Après la période de suspension visée aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3, l'indemnité pécuniaire ne peut être accordée que si l'assuré présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant. L. 13.5.08,2,4bis°

1) Dernière phrase abrogée par L. 13.5.08, ,2, 3°, c)

- 2 Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail. Les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées.
- 3 En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas précédents à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaut par une interruption de moins de huit jours.
- 1 **Art. 15.** L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes âgées de moins de soixante-huit ans et assurées en vertu de l'article 1er, numéros 1) à 5), 7) et 18). L. 13.5.08,2,4ter°,a)
- 2 L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant l'échéance du risque invalidité prend fin à la date où les conditions d'attribution de la pension d'invalidité visées aux articles 186 et 187 du présent code sont remplies. Au cas où l'indemnité pécuniaire a été versée au-delà de cette date, le versement cesse à la fin du mois au cours duquel le Contrôle médical de la sécurité sociale a constaté l'invalidité, le trop-perçu éventuel restant acquis à l'intéressé. En cas de reprise d'une activité soumise à l'assurance, l'article 14, alinéa 2 est applicable. L. 27.7.92 L. 13.5.08,2,4ter°,b)
- 3 L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement en application du titre V du livre V du Code du travail.¹⁾ L. 25.7.02,14 L. 31.7.06,3
- 1 **Art. 16.** L'indemnité pécuniaire n'est pas payée: L. 1.7.05,II,2°
- 1) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;
 - 2) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article 11, paragraphe (2), dernier alinéa de la loi modifiée du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle;
 - 3) tant que le bénéficiaire séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie;
 - 4) tant que le bénéficiaire se trouve en état de détention.
- 2 Les statuts déterminent les modalités de contrôle des incapacités de travail, y compris celles indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail. Ils peuvent imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre ne dépassant pas le triple de l'indemnité pécuniaire journalière. L. 13.5.08,2,5°
- 3 Les statuts peuvent préciser les modalités d'application des articles 9 à 15.

Prestations de soins de santé

- 1 **Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée: L. 17.12.10,1,5° R. 12.12.02 R. 29.4.05
- 1) les soins de médecine;
 - 2) les soins de médecine dentaire;
 - 3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
 - 4) les analyses de biologie médicale;
 - 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
 - 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
 - 7) les dispositifs médicaux;
 - 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
 - 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
 - 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
 - 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
 - 12) les frais de transport des malades;
 - 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal. R. 28.4.09
- 2 Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

1) Voir sous "Lois - Assurance maladie" du présent recueil.

- 3 Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés¹⁾.
- 1 **Art. 18.** Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation sans préjudice toutefois des dispositions de l'article 2, alinéa 2. L. 27.7.92
- 2 En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour une durée à fixer par les statuts qui ne peut être supérieure à une année.
- 3 Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu tant que l'assuré se trouve en état de détention.
- 4 Le droit aux prestations de soins de santé des gens de mer visés à l'article 1er, sous 3) est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.
- 1 **Art. 19.** Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix.
- 2 Ne sont prises en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.
- 3 Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance. L. 17.12.10,1,6°
- 4 Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aides et de soins. L. 19.6.98,II,3)
- 1 **Art. 19bis²⁾.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions: L. 17.12.10,1,7°
- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
 - 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
 - 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
 - 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;

1) *Convention du 9 juillet 1996 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de vaccination contre l'hépatite B (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3799). Avenant du 24.7.2008 (Dénoncée d'un commun accord avec effet au 1.9.2008) (Mém. A 141 du 18.9.2008, p. 2103).*

Convention du 26 septembre 2001 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de vaccination contre la méningite à méningocoque C (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3802).

Convention du 28 mars 2001 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3804). Amendée le 26 septembre 2007 (Mém. A 193 du 29.10.2007, p. 3473).

Convention du 13 octobre 2003 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie (Mém. A 167 du 19.11.2003, p. 3295). Amendée le 25 juin 2007 (Mém. A 123 du 20 juillet 2007, p. 2228).

Convention du 1er juin 2007 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales (Mém. A 117 du 17 juillet 2007, p. 2164).

Convention du 30 novembre 2007 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique (Mém. A 222 du 14 décembre 2007, p. 3842).

Convention du 26 février 2008 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la vaccination contre Human papilloma virus (Mém. A 22 du 27 février 2008, p. 348).

Convention du 12 mars 2008 conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant création d'un centre de prévention pour le dos (Mém. A 39 du 4 avril 2008, p. 628).

2) **L. 17.12.10,15:**

L'article 19bis entre en vigueur le 1er janvier 2012.

- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
 - 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.
- 2 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence.
- 1 **Art. 20.** Les actes, services et fournitures à l'étranger sont pris en charge: L. 27.7.92

- s'il s'agit d'un traitement d'urgence reçu en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, ou
- après autorisation préalable donnée par le Contrôle médical de la sécurité sociale conformément aux conditions et modalités fixées dans les statuts; toutefois, l'autorisation ne peut être refusée si le traitement n'est pas possible au Grand-Duché de Luxembourg.

- 2 En cas de traitement dans un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, le remboursement est effectué sur base des tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectifs. Pour les traitements en milieu hospitalier, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg; elle peut toutefois être majorée dans les conditions et modalités à fixer par les statuts.

Art. 21. La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts. L. 17.12.10,1,8°

Art. 22. (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial. L. 17.12.10,1,9° R. 12.12.02

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie. R. 12.12.02

- 1 **Art. 22bis¹⁾**. La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée «Anatomical therapeutical chemical classification» de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est L. 17.12.10,1,10°

1) **L. 17.12.10,15:**
L'article 22bis entre en vigueur le 1er janvier 2012.

plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique;
- ou, en l'absence de médicament de référence, un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.

2 Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

3 La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

4 La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

5 Par dérogation à l'article 5 du règlement N° IV dénommé "sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes" de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.

1 **Art. 22ter**¹⁾. Par dérogation à l'article 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 17.12.10,1,11°

2 Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.

1 **Art. 23.** Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. L. 27.7.92 R. 12.12.02 R. 29.4.05

2 Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le cas d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. L. 17.12.10,1,12°

1 **Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après: L. 17.12.10,1,13°

- 1) les analyses de biologie médicale;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement à l'exception des honoraires médicaux;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;

1) **L. 17.12.10,15:**

L'article 22ter entre en vigueur le 1er septembre 2011. L'abrogation de l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est également prévue pour le 1er septembre 2011.

- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et de soins avec la Caisse nationale de santé.
- 2 La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.
- 3 La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.

Prestations de maternité

- 1 **Art. 25.**¹⁾ A droit à une indemnité pécuniaire de maternité, l'assurée salariée, affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7²⁾ au cours de l'année précédant le congé de maternité, L. 1.8.01
 - a) pendant la période déterminée en application des articles L. 332-1³⁾ et L. 332-2 du Code du travail⁴⁾;
 - b) pendant la dispense de travail prévue aux articles L. 333-4, L. 334-3 (3) et L. 334-4 (5) du Code du travail⁴⁾;
 - c) en cas de perte de revenu résultant du transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour conformément à l'article L. 333-3 du Code du travail⁴⁾.
- 2 A droit à la même indemnité, l'assuré salarié bénéficiant d'un congé d'accueil au titre de l'article L. 234-55 du Code du Travail⁵⁾, affilié à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7⁶⁾ au cours de l'année précédant ce congé.
- 3 L'assurée non salariée, enceinte, accouchée et allaitante a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité pendant la période prévue à l'alinéa 1, sous a), sous condition d'avoir été affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7⁶⁾ au cours de l'année précédant le début de cette période.
- 4 A droit à la même indemnité l'assuré non salarié pendant la durée déterminée par analogie à l'alinéa 2. L. 21.12.04,1,6°
- 5⁷⁾ L'indemnité pécuniaire de maternité est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie. Elle ne peut être cumulée avec celle-ci, ni avec un autre revenu professionnel. Dans le cas visé à l'alinéa 1, sous c), elle se réduit à la perte de revenu brut effective. L. 1.8.01
- 6 Les dispositions prévues aux articles 10, 11, alinéas 2, 4 et 5, 12, alinéas 1 et 2, et 13 sont applicables. L. 13.5.08,2,5ter°

1) Cass, 1er mars 2001, no 1784 du registre CMEP/Van Bever.

2) Termes ajoutés par L. 17.11.03, I, 1°, a).

3) **L. 13.5.08,8,4°:**

Le paragraphe 2 de l'article L. 332-3 du Code du travail est modifié comme suit:

La période du congé de maternité est prise en compte pour la détermination des droits liés à l'ancienneté. La femme salariée conserve en outre le bénéfice de tous les avantages qu'elle avait acquis avant le début du congé de maternité et elle bénéficie de toute amélioration des conditions de travail à laquelle elle aurait eu droit durant son absence.

4) Par L. 31.7.06, article 2, point 45, la loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchés et allaitantes a été abrogée. Par L. 31.7.06, article 3, les références à cette loi ont été remplacées par les références aux articles correspondants du Code du travail.

Voir sous "Lois - Assurance maladie" du présent recueil.

5) **Article L. 234-55 du Code du travail:**

1. En cas d'adoption par deux époux d'un enfant non encore admis à la première année d'études primaires, la femme occupée dans le cadre d'un contrat de louage de services par un employeur du secteur privé a droit à un congé de huit semaines, sur présentation d'une attestation délivrée par le tribunal selon laquelle la procédure d'adoption est introduite. En cas d'adoption multiple la durée du congé d'accueil est portée à douze semaines.

Toutefois, le conjoint de la femme visée à l'alinéa qui précède peut faire valoir le droit au congé d'accueil auprès de l'employeur du secteur privé qui l'occupe dans le cadre d'un contrat de louage de services lorsque la femme renonce à faire valoir son droit au congé d'accueil. Il en est de même pour le conjoint occupé par un employeur du secteur privé dans le cadre d'un contrat de louage de services lorsque la femme exerce une activité professionnelle non salariée. Lorsque le congé a été sollicité et accordé à son conjoint conformément aux dispositions du présent alinéa, il ne peut plus être sollicité par la femme.

Au cas où l'un des époux adoptants a obtenu le bénéfice du congé d'accueil visé à l'article 29, paragraphe 2 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat, le congé d'accueil prévu par les dispositions du présent article ne peut plus être accordé.

2. S'il n'y a qu'un seul adoptant, salarié masculin ou féminin, celui-ci peut seul bénéficier du congé d'accueil, à moins que l'enfant non encore admis à la première année d'études primaires ne vive déjà en communauté domestique avec l'adoptant.

6) Termes ajoutés par L. 17.11.03, I, 1°, a).

7) Alinéa renuméroté par L. 21.12.04,06°.

Art. 26. (article abrogé)

L. 17.12.10,1,14°

Indemnité funéraire

Art. 27. En cas de décès d'un assuré ou d'une personne protégée en vertu de l'article 7, il est alloué une indemnité funéraire dont le montant et les modalités de versement sont fixés par les statuts.

L. 9.7.04,15,5°

Chapitre III. - Financement

Système de financement

- 1¹⁾ **Art. 28.**²⁾ Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses. L. 27.7.92
- 2 En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31. L. 17.12.10,1,15°
- 3 Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie visées à l'article 48. L. 27.7.92 R. 19.12.08 L. 13.5.08,2,5quater°,a)
- 4 (alinéa abrogé) L. 13.5.08,2,5quater°,b)
- 4³⁾ Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie. L. 27.7.92

Taux de cotisation

- 1 **Art. 29.**⁴⁾ Le taux de cotisation⁵⁾ est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33. L. 17.12.10,1,16°
- 2 Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.

1) **L. 18.12.09,52,(1):**

Par dérogation à l'article 28, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2010 à 5,5 pour cent.

Pour faire face à des difficultés de trésorerie éventuelles, une ligne de crédit peut être ouverte sans frais par le comité directeur sur la réserve prévue à l'article 375 du Code de la sécurité sociale. L'article 41, alinéa 2, du même Code est applicable.

2) **L. 17.12.10,3:**

Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.

3) *Par L. 13.5.08, 2, 5quater°, b), alinéa rémunéré.*

4) **L. 13.5.08,14,(1):**

Sans préjudice des articles 29 et 32 du Code de la sécurité sociale les assurés ouvriers supportent une surprime correspondant à 2,1 pour cent de l'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie. Ce taux se réduit à 1 pour cent à partir du 1er janvier 2012, à 0,5 pour cent à partir du 1er janvier 2013 et à 0 pour cent à partir du 1er janvier 2014.

La surprime est perçue par le Centre commun de la sécurité sociale au profit de la Mutualité des employeurs instituée par l'article 52 du Code de la sécurité sociale, sauf pour les employeurs exemptés en vertu de l'article 53, alinéa 1, sous 1) du même code.

Sont considérés comme assurés ouvriers au sens de la présente disposition, les assurés qui ne bénéficient pas au 31 décembre 2008 de la continuation légale ou conventionnelle de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents, ainsi que les salariés autres que ceux qui accomplissent un travail d'une nature, sinon exclusivement, du moins principalement intellectuelle, engagés après cette date.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux employeurs visés par l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

5) *Le taux de cotisation pour le financement des soins de santé est fixé à 5,60% (arrêté ministériel du 29.11.10 sur délibération du comité directeur de la Caisse nationale de santé du 10 novembre 2010).*

- 1 **Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1 se situe en dehors des limites y prévues. L. 17.12.10,1,17°
- 2 Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.
- 3 Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.

Charge des cotisations

Art. 31. L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations¹⁾. L. 17.12.10,1,18°

Art. 32.²⁾ En dehors de l'intervention de l'Etat conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe:

- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2) et 3); L. 17.12.10,1,19°,a)
- par parts égales à l'Etat et aux assurés visés à l'article 1er, sous 12) et à l'article 2, alinéa 3; L. 28.7.00,27,4)
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention; L. 17.12.10,1,19°,b)
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20); L. 17.12.10,1,19°,c)
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation; L. 27.7.92
- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1er sous 4)³⁾ et 14)⁴⁾;
- aux assurés visés à l'article 1er sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article³⁾;
- à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, sous 7), 13), 15), 16), 17) et 19)⁵⁾; L. 17.12.10,1,19°,e)
- entièrement à charge des autres personnes assurées en vertu de l'article 1er, sous 14) ou de l'article 2. L. 27.7.92
- par parts égales à l'Etat⁶⁾ ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 1er, sous 18). L. 25.7.05,1,11°

1) **L. 17.12.10,14:**

L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.

2) *A voir note de bas de page n° 4) à l'article 29 du CSS.*

3) **L. 24.7.01,39 (Voir rubrique Lois - Divers du présent recueil):**

L'Etat prend en charge les cotisations d'assurance maladie des personnes visées à l'article 1er sous 4) et 5) du Code de la sécurité sociale et exerçant une profession agricole à titre principal jusqu'à concurrence de trois quarts de la cotisation à charge des assurés calculée sur base du salaire minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour l'application de l'alinéa qui précède ne sont pas pris en compte les bénéficiaires de pension affiliés en tant qu'assurés actifs en application de l'article 51 alinéa 2 du Code des assurances sociales.

4) *Par L. 17.12.10,1,19°,d) les termes "et 14" ont été ajoutés.*

5) **L. 3.8.05:**

Art. 14. *Des mesures d'appui particulières pour le sportif d'élite. [...]*

(6) Pour autant que les sportifs d'élite ne sont pas assurés à un autre titre, l'Etat prend à charge, sur la base de l'assiette du salaire social minimum, les cotisations de sécurité sociale. Pour les sportifs d'élite qui réduisent leur activité professionnelle de façon à ce que leurs revenus tombent en dessous du salaire social minimum, l'Etat rembourse les charges sociales calculées d'après leur revenu réel. [...]

6) *Voir R. 7.10.04,28 et ss.*

Assiette de cotisation

- 1 **Art. 33.**¹⁾ L'assiette de cotisation comprend: L. 17.12.10,1,20°
- le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal; R. 16.12.08
 - l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
 - tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.
- 2 Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4. R. 24.12.93

1) **L. 17.12.10, 4:**

Chapitre 3. – Introduction d'une contribution de crise

Art. 4. (1) Il est introduit pour les années 2011 et 2012 un prélèvement sur le revenu des personnes physiques, dénommé contribution de crise. La contribution de crise est perçue au profit de l'Etat par le Centre commun de la sécurité sociale et par l'Administration des contributions directes.

(2) L'assiette de la contribution de crise est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement, ainsi que par les revenus du patrimoine.

(3) Le taux de la contribution de crise est fixé à 0,8 pour cent.

(4) La contribution de crise sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 1) à 10), 12), 16) et 20) du Code de la sécurité sociale, y compris celles détachées à l'étranger mais à l'exclusion de celles exemptées ou dispensées en vertu des articles 4 à 6 du même code.

L'employeur ou l'institution débitrice effectue la retenue afférente sur la rémunération ou le revenu de remplacement. A défaut d'opérer la retenue, il en devient débiteur pur et simple du montant redû.

La contribution de crise sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement visés au présent paragraphe est déterminée sur base de l'assiette prévue à l'article 38 du Code de la sécurité sociale, mais sans application du minimum et du maximum inscrits à l'article 39 du même Code.

L'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant au salaire social minimum mensuel pour un ouvrier non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 4) et 5) du Code de la sécurité sociale pour lesquelles l'abattement correspond à trois quarts dudit salaire social minimum. Un règlement grand-ducal fixe les modalités particulières des abattements en cas de travail à temps partiel, d'occupation ne couvrant pas un mois de calendrier entier, d'occupations multiples, de concours de plusieurs pensions et de concours de pension avec une occupation professionnelle.

La contribution de crise est établie et perçue par le Centre commun de la sécurité sociale pour le compte de l'Etat suivant les dispositions prévues aux articles 42, 425 à 435, 445 et 447 du Code de la sécurité sociale.

(5) La contribution de crise sur les revenus autres que ceux visés au paragraphe 4 est à charge des contribuables résidents et non résidents tels que définis à l'article 2 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. Elle est déterminée à raison des revenus nets visés soit à l'article 10, soit à l'article 156 de la même loi. Le revenu net pour chacune des catégories énumérées est à prendre en considération seulement lorsque son montant est positif.

L'établissement et la perception pour le compte de l'Etat de la contribution de crise sur les revenus visés au présent paragraphe incombe à l'Administration des contributions directes.

La contribution de crise sur les revenus dont la perception incombe à l'Administration des contributions directes, ne dépassant pas 25 euros par an est considérée comme nulle.

La contribution de crise, à l'instar de l'impôt sur le revenu, est un impôt personnel et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales.

(6) Par dérogation au paragraphe 5, les revenus exonérés, avec ou sans réserve d'une clause de progressivité, en vertu d'une convention internationale contre les doubles impositions ou d'une autre convention interétatique, n'entrent pas dans l'assiette de la contribution de crise.

(7) Les voies de recours en matière d'impôts directs s'appliquent à l'encontre des bases d'imposition des bulletins d'impôt servant au calcul de la contribution de crise au sens du paragraphe 5.

La perception et le recouvrement de la contribution de crise au sens du paragraphe 5 s'opèrent et se poursuivent dans les mêmes formes et avec les mêmes privilèges et hypothèque légale que ceux des contributions directes.

(8) Un règlement grand-ducal peut:

- 1. majorer les taux des différentes retenues prévues par la loi modifiée concernant l'impôt sur le revenu au titre de la contribution de crise sans que cette majoration puisse excéder 0,8% du revenu sous-jacent;*
- 2. régler l'exécution pratique des dispositions des paragraphes 5 à 7.*

(9) Le Centre commun de la sécurité sociale et l'Administration des contributions directes échangent, à l'aide de procédés automatisés ou non, les informations nécessaires en vue du calcul correct de la contribution de crise.

(10) Le produit de la contribution de crise au sens de la présente loi est imputé sur le budget ordinaire des recettes et des dépenses de l'Etat.

- 3 Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.
- 4 Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.
- 1 **Art. 34.** Pour les activités salariées, le revenu professionnel visé à l'article qui précède correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires. L. 13.5.08,2,8°,a)
- 2 Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. L. 21.12.04,1,7°
- 3 Un règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation. L. 13.5.08,2,8°,b) R. 16.12.08
- 1 **Art. 35.** Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. L. 27.7.92
- 2 En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul, sans préjudice de l'application de la dernière phrase de l'article 241, alinéa 10. L. 19.6.98, 2,5)
- 3 Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal. L. 9.7.04,15,6°
- 4 (alinéa abrogé) L. 19.6.98,II,5)
- 1 **Art. 36.** Pour les activités non salariées agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. L. 27.7.92 R. 6.6.03
- 2 Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel.
- 3 Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédent précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation.
- 4 Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due.
- Art. 37.** En cas d'exercice de plusieurs occupations assujetties à l'assurance, l'ensemble des revenus professionnels est soumis à cotisation.
- Art. 38.** (article abrogé) L. 17.12.10,1,21°
- 1¹⁾ **Art. 39.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins sauf causes de réduction légalement prévues. En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même, elle se limite au complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti, au forfait d'éducation ou à la rente d'accident, à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable. L. 27.7.92 L. 12.5.10,2,3°

1) Voir article 6 de L. 30.7.99 sous "Loi - Divers" du présent recueil.

- 2 Le minimum est augmenté de trente pour cent pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé. L. 27.7.92
- 3 En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.
- 4 Si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.
- 5 Pour une activité au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective. L. 6.4.99,1,1)
- 6 Pour la computation du minimum et du maximum, les pensions des survivants représentant un même assuré sont prises en considération dans leur ensemble. L. 27.7.92

Art. 40. (article abrogé) L. 17.12.10,1,22°

- 1 **Art. 41.** La réserve visée à l'article 28 est placée par la Caisse nationale de santé sans préjudice des alinéas 3 et 4 du présent article à court terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agréés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 13.5.08,2,9ter°
- 2 La Caisse nationale de santé ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie momentanées. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.
- 3 Les immeubles qui sont la propriété de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie sont mis en compte pour la détermination de la réserve prévue à l'article 28.
- 4 Pour la gestion de leurs immeubles, la Caisse nationale de santé met à la disposition des caisses de maladie concernées les fonds nécessaires. Les revenus des immeubles sont imputés à la réserve prévue à l'article 28.

Paiement des cotisations

- 1 **Art. 42.** La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte cotisation. L. 27.7.92
- 2 Toutefois, les cotisations dues pour les bénéficiaires de pensions ou de rentes sur leur pension ou rente sont versées par l'organisme débiteur de pension ou de rente aux mêmes dates que les pensions ou rentes.

Remboursement des cotisations

- 1 **Art. 43.** La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces. L. 17.12.10,1,23°
- 2 Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.
- 3 Le droit au remboursement de cotisations prévu aux alinéas qui précèdent se prescrit dans le délai de cinq ans à partir de l'expiration de l'année à laquelle les cotisations se rapportent. L. 27.7.92

Chapitre IV. - Organisation

L. 13.5.08,2,10°

Art. 44. La gestion de l'assurance maladie-maternité incombe à la Caisse nationale de santé et, dans les limites des attributions leur dévolues en application de l'article 48, à

- 1) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics dont relèvent les assurés exerçant une activité professionnelle ressortissant de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, les assurés bénéficiant d'une pension auprès d'un régime de pension spécial, à l'exclusion de ceux visés sous 2) et 3) ainsi que les personnes assurées en application de l'article 2, alinéa 3;
- 2) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux dont relèvent les assurés au service des communes, des syndicats intercommunaux et des établissements publics placés sous le contrôle des communes ainsi que les

bénéficiaires d'une pension auprès de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux;

- 3) l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois dont relèvent les agents, employés et stagiaires de cette société ainsi que les bénéficiaires de pension afférents. Un règlement grand-ducal peut préciser la caisse compétente en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents.

R. 16.12.08

Caisse nationale de santé¹⁾

- 1 **Art. 45.** La Caisse nationale de santé est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.²⁾
- 2 Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déferées à un autre organe par la loi ou les règlements.
- 3 Il lui appartient notamment:
 - 1) de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par les caisses prévues à l'article 44 sous 1) à 3);
 - 2) d'établir la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4;
 - 3) de refixer les taux de cotisation conformément à l'article 30;
 - 4) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité;
 - 5) d'établir les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations;
 - 6) d'établir les règles relatives au fonctionnement de la Caisse nationale de santé;
 - 7) de préparer les négociations à mener par le président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations;
 - 8) de gérer le patrimoine immobilier propre à la caisse;
 - 9) de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

R. 19.12.08

1) **L. 13.5.08,15:**

La Caisse nationale de santé est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers, de la Caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED, de la Caisse de maladie des employés privés, de la Caisse de maladie des employés de l'ARBED, de la Caisse de maladie des professions indépendantes et de la Caisse de maladie agricole. [...] Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants.[...]

Le patrimoine immobilier et mobilier qui à la date du 31 décembre 2008 est propriété de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers ou de la Caisse de maladie des employés privés devient de plein droit la propriété de la Caisse nationale de santé.[...]

2) **L. 13.5.08,20:**

(1) Aux fins de la constitution de la Chambre des salariés, des délégations du personnel et des organes des institutions de sécurité sociale ainsi que pour la désignation des assesseurs-employeurs et des assesseurs-assurés auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des assesseurs auprès des tribunaux du travail il sera procédé au courant de l'année 2008 aux élections et désignations d'après les dispositions de la présente loi.

En attendant la constitution du comité directeur de la Caisse nationale de santé prévu par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie en fonction au 31 décembre 2008.

[...]

(2) En attendant la constitution de la chambre des fonctionnaires et employés publics, issue des élections pour cette chambre professionnelle en 2010, sont prorogés:

1) le mandat du délégué au sein du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie qui fera partie du comité directeur de la Caisse nationale de santé au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 4) du Code de la sécurité sociale;

2) les mandats des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;

3) les mandats des assesseurs auprès du Conseil arbitral et Conseil supérieur de la sécurité sociale pour les affaires relevant de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;

4) les mandats des suppléants des délégués visés aux points 1) et 2) ci-avant.

Le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics désignera un délégué et un suppléant au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 3) du Code de la sécurité sociale, dont le mandat prendra effet au 1er janvier 2009 et s'achèvera avec la désignation de leurs successeurs à la suite du renouvellement de la Chambre des fonctionnaires et employés communaux en 2010.

- 4 Les décisions prévues aux points 1) à 6) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.
- 5 Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Mémorial.
- 1 **Art. 46.** Le comité directeur se compose en dehors du président¹⁾, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc:
- 1) de cinq délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer;
 - 2) d'un délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés;
 - 3) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics;²⁾
 - 4) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux;²⁾
 - 5) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce;
 - 6) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers;
 - 7) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture;
 - 8) de cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers suivant une clé de répartition à déterminer par règlement grand-ducal sur proposition desdites chambres.
- 2 Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.
- 3 Le groupe des délégués visés aux points 1) à 4) et le groupe des délégués visés aux points 5) à 8) de l'alinéa 1 ci-dessus désignent chacun un vice-président, appelés à suppléer le président dans les organes de la caisse. Le rang des vice-présidents alterne annuellement.
- 4 En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1. L. 17.12.10,1,24°
- 5 Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives. L. 13.5.08,2,10°
- 6 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués et du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 9.12.08
R. 7.1.09

1) **L. 13.5.08,17:**

Au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi les fonctions de président de la Caisse nationale de santé sont assumées par le président en fonction de l'Union des caisses de maladie. [...]

2) **L. 13.5.08,20:**

[...]

(2) En attendant la constitution de la chambre des fonctionnaires et employés publics, issue des élections pour cette chambre professionnelle en 2010, sont prorogés:

1) le mandat du délégué au sein du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie qui fera partie du comité directeur de la Caisse nationale de santé au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 4) du Code de la sécurité sociale;

2) les mandats des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;

3) les mandats des assesseurs auprès du Conseil arbitral et Conseil supérieur de la sécurité sociale pour les affaires relevant de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;

4) les mandats des suppléants des délégués visés aux points 1) et 2) ci-avant.

Le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics désignera un délégué et un suppléant au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 3) du Code de la sécurité sociale, dont le mandat prendra effet au 1er janvier 2009 et s'achèvera avec la désignation de leurs successeurs à la suite du renouvellement de la Chambre des fonctionnaires et employés communaux en 2010.

- 7 Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Les modalités de la nomination sont déterminées par le règlement d'ordre intérieur.
- 1 **Art. 47.** A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. L. 17.12.10,1,25°
- 2 Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.
- 3 Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.
- 4 Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

Les caisses de maladie

- Art. 48.** La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues. L. 17.12.10,1,26°
- 1 **Art. 49.** Les caisses de maladie sont placées sous l'autorité d'un comité directeur. L. 13.5.08,2,10°
- 2 Dans le cadre des attributions de la caisse de maladie, le comité directeur est compétent pour toutes les matières non attribuées à un autre organe.
- 3 Il lui appartient notamment:
- 1) d'établir le budget des frais administratifs de la caisse; R. 19.12.08
 - 2) d'établir les règles relatives au fonctionnement de la caisse;
 - 3) de prendre les décisions individuelles, sans préjudice de l'art. 51, alinéa 2 en matière de prestations à l'exclusion de celles concernant les prestations prises directement en charge par la Caisse nationale de santé.
 - 4) de gérer le patrimoine immobilier propre de la caisse;
 - 5) de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.
- 4 A sa demande, le comité directeur peut bénéficier de l'assistance des services de la Caisse nationale de santé.
- 5 Les décisions prévues aux points 1) et 2) de l'alinéa 3 sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.
- 1 **Art. 50.** Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le comité directeur se compose: R. 9.12.08
- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, à l'exception de ceux représentant les fonctionnaires et employés communaux;
 - de six délégués des employeurs, désignés par le Gouvernement en Conseil.
- 2 Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le comité directeur se compose:
- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics qui représentent les fonctionnaires et employés communaux;
 - de six délégués des employeurs, désignés par le Syndicat intercommunal des villes et communes luxembourgeoises.
- 3 Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le comité directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme

président et de six délégués des assurés, désignés par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés.

- 4 Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.
- 5 Lors de sa constitution, le comité directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du comité directeur. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du comité directeur.
- 1 **Art. 51.** A la demande de l'assuré toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou d'un employé de la caisse délégué à cette fin par le président. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.
- 2 Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 2¹⁾ fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.
- 3 Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Mutualité des employeurs

L. 13.5.08,2,11°

- 1 **Art. 52.** Il est créé une Mutualité des employeurs désignée ci-après par la «Mutualité», ayant pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L. 121-6 du Code du travail.
- 2 La Mutualité peut, en outre, assurer le versement d'indemnités pécuniaires aux travailleurs non salariés affiliés, pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3.
- 3 Si l'employeur possède contre des tiers un droit légal à réparation du dommage résultant pour lui de l'article L. 121-6 du Code du travail, ce droit à réparation passe à la Mutualité jusqu'à concurrence des prestations payées par la Mutualité à l'employeur.
- 4 Si le travailleur non salarié affilié à la Mutualité possède contre des tiers un droit légal à réparation du dommage résultant pour lui de la suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie en vertu de l'article 12, alinéa 3, ce droit à réparation passe à la Mutualité jusqu'à concurrence des prestations payées par la Mutualité aux travailleurs non salariés affiliés.
- 1 **Art. 53.**²⁾ Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:
 - 1) l'Etat, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;
 - 2) les employeurs visés à l'article 426, alinéa 2.

2 Peuvent s'affilier volontairement à la Mutualité les personnes assurées en application de l'article 1er, alinéa 1, sous 4) ensemble avec celles visées par l'article 1er, alinéa 1, sous 5).

- 1 **Art. 54.** Les statuts de la Mutualité déterminent les conditions, modalités et limites des remboursements qui peuvent être différenciés suivant des critères qu'ils fixent. Les remboursements sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale pour compte de la Mutualité.
- 2 Pendant la période de conservation légale visée à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, la Mutualité assure en outre le remboursement intégral du salaire et autres avantages, charges patronales incluses, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant:
 - 1) le congé pour raisons familiales;
 - 2) le congé d'accompagnement;

R. 17.12.08

1) *Il y a lieu de lire "article 66, alinéa 3".*

2) **L. 13.5.08,14,(3):**

Nonobstant les dispositions de l'article 53, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, sont exemptées à titre transitoire de l'affiliation obligatoire à la Mutualité, suivant les modalités pouvant être précisées par règlement grand-ducal, les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque visé à l'article 52, alinéa 1.

- 3) les périodes d'essai des apprentis et des salariés prévues aux articles L. 111-14, L. 121-5 et L. 122-11 du Code du travail; la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue.
- 3 Pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3, la Mutualité assure également le paiement aux non salariés du montant intégral des indemnités pécuniaires dues au titre:
- 1) du congé pour raisons familiales;
 - 2) du congé d'accompagnement.
- 1 **Art. 55.** Pour faire face aux charges qui lui incombent, la Mutualité applique le système de la répartition de la charge avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses.
- 2 Les statuts peuvent prévoir une différenciation des taux de cotisation en raison du risque assuré, de la durée ou du niveau des prestations. R. 17.12.08
- 3 Les taux de cotisation sont refixés par le conseil d'administration avec effet au 1er janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître, compte tenu des autres ressources de la Mutualité, que le montant de la réserve prévue à l'alinéa 1 se situe en dessous de la limite.
- 4 L'assiette de cotisation est fixée par référence aux articles 34, 35 et 36.
- Art. 56.**¹⁾ L'Etat intervient dans le financement de la Mutualité par un apport correspondant à 0,3 pour cent de la masse cotisable des assurés obligatoires au sens de l'article 53, alinéa 1er.
- 1 **Art. 57.** La gestion de la Mutualité incombe à un conseil d'administration comprenant: R. 9.12.08
- six délégués désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers;
 - un délégué de la Chambre d'agriculture;
 - un représentant des professions libérales, désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur proposition des organisations représentatives;
 - les présidents de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale ou leurs délégués, représentant l'Etat.
- 2 Pour chaque délégué effectif, il y a un délégué suppléant.
- 3 Le conseil d'administration désigne en son sein un président et un vice-président.
- 1 **Art. 58.** Le conseil d'administration a notamment pour mission:
- 1) d'établir et de modifier les statuts de la Mutualité;
 - 2) de statuer sur le budget annuel;
 - 3) de fixer les taux de cotisation, sans préjudice des dispositions de l'article 55;
 - 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de la Mutualité;
 - 5) d'établir et de modifier les règles relatives au fonctionnement de la Mutualité;
 - 6) de gérer le patrimoine de la Mutualité;
 - 7) de prendre les décisions concernant le personnel de la Mutualité.
- 2 Les décisions prévues aux points 1) à 5) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.
- 3 Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante. R. 19.12.08

1) **L. 13.5.08,14,(2):**

L'article 56 du Code de la sécurité sociale n'est applicable qu'à partir de l'exercice budgétaire 2014. La loi budgétaire déterminera pour les exercices 2012 et 2013 le taux de la contribution de l'Etat à la Mutualité des employeurs, compte tenu des dispositions du paragraphe (1), alinéa 1.

Au 1er janvier 2009 l'Etat mettra à la disposition de la Mutualité des employeurs les ressources nécessaires pour parfaire le fonds de roulement initial prévu à l'article 55, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, compte tenu des autres ressources prévisibles de la Mutualité. Le montant correspondant sera porté en déduction de la participation de l'Etat au titre de l'article 56 du Code de la sécurité sociale et de l'alinéa qui précède.

Le taux d'intervention de l'Etat dans le financement de la Mutualité, prévu à l'article 56 du Code de la sécurité sociale peut être refixé par la loi budgétaire, si le bilan sur les incidences de la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie, établi annuellement et pour la première fois en 2010 par l'Inspection générale de la sécurité sociale et validé par un comité ad hoc, composé des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et le Travail ainsi que des représentants des groupements représentatifs des employeurs et des salariés du secteur privé, constate une augmentation ou une diminution des charges pour l'économie dans son ensemble.

- 4 Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Toutefois, la Mutualité peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.
- 1 **Art. 59.** Les contestations entre la Mutualité et ses affiliés sont jugées, en première instance, par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel, par le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale et les assesseurs-magistrats.
- 2 Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 à 456.

Chapitre V. - Relations avec les prestataires de soins

- 1 **Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur. L. 17.12.10,1,27°
- 2 Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.
- 3 Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.
- 4 Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.
- 1 **Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,28°
- 2 Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.
- 3 Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal.
- Art. 60ter.** (1) Il est mis en place une «Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé», désignée ci-après par l'«Agence» qui a pour missions: L. 17.12.10,1,29°
- 1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
- le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
- 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - la mise en oeuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;

- 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
- 5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé. L. 17.12.10,1,30°

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;

- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;
 - 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
 - 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
 - 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
 - 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.
- Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.

Relations dans le secteur extra-hospitalier

- 1 **Art. 61.** Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires. L. 27.7.92
- 2 Il est conclu une convention distincte:
 - 1) pour les médecins;¹⁾
 - 2) pour les médecins-dentistes;²⁾
 - 3) séparément pour les différentes professions de la santé;³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾ L. 17.12.10,1,31°
 - 4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;⁸⁾ L. 27.7.92
 - 5) pour les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence;⁹⁾ L. 22.12.06,1°
 - 6) pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière;¹⁰⁾
 - 7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;¹¹⁾ L. 27.7.92
 - 8) pour les pharmacies;¹²⁾
 - 9) pour les opticiens;¹³⁾
 - 10) pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés;^{14) 15)}
 - 11) pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés.¹⁶⁾
 - 12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391. L. 17.12.10,1,32°
- 3 Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenue. L. 27.7.92

1) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie et l'association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2065), amendée le 3 mai 1995 (Mém. A 1995, p. 2056), le 19 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1004), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3734) et le 7 novembre 2005 (Mém. A 223 du 30 décembre 2005, p. 3743), le 15 mars 2006 (Mém. A 80 du 12.5.2006, p. 1440).*

Code du travail, livre III, titre II, Chapitre VI - Examens médicaux
[...]

Article 326-11. En vue des examens complémentaires pouvant être ordonnés par le médecin du travail, l'union des caisses de maladie attribue à chaque médecin du travail un code numérique. Ce code répond aux spécifications prévues à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 1) du Code de la sécurité sociale et doit figurer ensemble avec le nom du médecin et la désignation du service de santé au travail concerné sur toutes les ordonnances émises par les médecins du travail dans le cadre de leur mission à l'intention des prestataires visés aux conventions prévues aux articles 61 et 75 du Code des assurances sociales. Les ordonnances sont conformes au modèle prévu dans la convention susvisée. ./.

Art. L. 326-12. Les prestations et fournitures délivrées sur base des ordonnances visées à l'article précédent sont mises en compte aux taux et tarifs et d'après les conditions et modalités prévues dans les nomenclatures et conventions applicables pour l'assurance maladie. Elles sont prises en charge directement par l'Union des caisses de maladie d'après les dispositions conventionnelles applicables aux prestataires concernés. Les frais sont remboursés à l'Union des caisses de maladie par les services de santé au travail d'après les modalités fixées par un règlement grand-ducal.

- 2) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association des **médecins et médecins-dentistes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2048) amendée le 3 mai 1995 (Mém. A 1995, p. 1278), le 19 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1007), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3735), le 25 juin 2002 (Mém. A 2002, p. 1972) et le 15 mars 2006 (Mém. A 80 du 12.5.2006, p. 1440).
- 3) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association nationale des **infirmiers** luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2026) amendée le 20 juin 1994 (Mém. A 1994, p. 1048), le 25 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1002), le 16 décembre 1998 (Mém. A 1998, p. 3060) et le 15 décembre 2000 (Mém. A 2001, p. 820): La convention prend l'intitulé suivant: Convention entre l'union des caisses de maladie et l'association nationale des **infirmiers** luxembourgeois, et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales et le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3758).
- 4) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association des **kinésithérapeutes** diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2033) amendée le 17 mars 1994 (Mém. A 1994, p. 650), le 28 juillet 1994 (Mém. A 1994, p. 1399), le 5 janvier 1998 (Mém. A 1998, p. 174), le 16 décembre 1998 (Mém. A 1998, p. 3063), le 31 juillet 2000 (Mém. A 2000, p. 2687), le 21 novembre 2000 (Mém. A 2000, p. 2684), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3737) et le 5 octobre 2005 (Mém. A 203, p. 3259).
- 5) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **psychomotriciens** diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2109), amendée le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3764).
- 6) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **sages-femmes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2115), amendée le 19 décembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3790).
- 7) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **orthophonistes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2089) amendée le 31 juillet 2000 (Mém. A 2000, p. 2684), le 21 novembre 2000 (Mém. A 2000, p. 2684) et le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3748).
- 8) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et la société luxembourgeoise de **biologie clinique**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2039) amendée le 20 mai 1996 (Mém. A 1996, p. 1806).
- 9) Convention du 30 avril 1994 entre l'union des caisses de maladie et le **centre thermal et de santé** de Mondorf-les-Bains, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1994, p. 1134), amendée le 20 mars 1997 (Mém. A 1998, p. 1581).
- 10) Convention du 24 octobre 2007 entre l'Union des caisses de maladie et l'entente des gestionnaires des **structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie** a.s.b.l. (Mém. A 204 du 23.11.2007, p. 3561).
- 11) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association des **maîtres orthopédistes-bandagistes** et la fédération des patrons bottiers-orthopédistes du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2094), amendée le 13 décembre 2000 (Mém. A 2001, p. 818), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3774), le 17 juillet 2002 (Mém. A 2002, p. 1915) et le 20 octobre 2004 (Mém. A 213 du 31.12.04, p. 3814).
- 12) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et le syndicat des **pharmaciens** luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2100), amendée le 20 décembre 2001 (Mém. A 2002, p. 298).
- 13) Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et la fédération des **patrons opticiens** du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2085), amendée le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2776), le 28 novembre 2002 (Mém. A 2002, p. 3703), le 22 octobre 2008 (Mém. A 185 du 15 décembre 2008, p. 2500) et le 20 mai 2009 (Mém. A 152 du 29.6.2009, p. 2279).
- 14) Convention du 1er février 1994 entre l'union des caisses de maladie et la **Croix Rouge Luxembourgeoise**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1994, p. 587).
- 15) Convention du 28 juin 2010 entre la Caisse nationale de santé et la **Croix Rouge Luxembourgeoise concernant le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach**, conclue en exécution de l'article 61 à 67 et 71 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 127 du 30.7.2010, p. 2126).
- 16) Convention du 21 mars 2001 réglant les rapports entre l'union des caisses de maladie et l'a.s.b.l. «**LUXEMBOURG AIR RESCUE**», concernant le transport de malades par hélicoptère sanitaire (Mém. A 2001, p. 1154), amendée le 19 septembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3760) et le 16 décembre 2008 (Mém. A 8 du 27.1.2009, p. 98).

- 1 **Art. 62.** Les conventions sont conclues par la Caisse nationale de santé et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.
- 2 S'il surgit un litige au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité, celui-ci doit être porté par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70 dans les dix jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les quinze jours de la saisine.
- 3 A défaut de groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base de la convention-type proposée par la Caisse nationale de santé.
- 4 Lorsque des prestations sont dispensées par un service public ne disposant pas de la personnalité juridique, le service intéressé est valablement admis à titre de partie aux conventions par l'organe du responsable de sa direction ou de son remplaçant dûment mandaté.

- 1 **Art. 63.** Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.
- 2 Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

- 1 **Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

L. 17.12.10,1,33°

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
 - 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
 - 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
 - 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
 - 5) les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance.
- 2 Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:
 - 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
 - 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
 - 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
 - 4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;
 - 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418;
 - 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
 - 7) les rapports avec le médecin référent.
 - 3 Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

- 4 Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement:
- les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
 - l'engagement d'assurer la continuité des soins;
 - les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.
- 5 Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis.
- 1 **Art. 65.**¹⁾²⁾ Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes. L. 17.12.10,1,34°
- 2 Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé³⁾ est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient⁴⁾ est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.
- 3 Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.
- 4 Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.
- 5 Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12).
- 6 Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.
- 7⁵⁾ Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

1) *Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3142), modifié par règlements grand-ducaux du 18 novembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2570), du 21 décembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2929), du 28 juin 2000 (Mém. A 2000 p. 1119), du 17 juillet 2000 (Mém. A 2000, p. 1269), du 2 octobre 2000 (Mém. A 2000 p. 2249), du 30 novembre 2000 (Mém. A 2000, p. 2886), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459) du 29 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2946), du 17 mars 2003 (Mém. A 2003, p. 606), du 19 mai 2003 (Mém. A 75, 2003 p. 1280), du 27 juillet 2003 (Mém. A 118, p. 2496), du 28 novembre 2003 (Mém. A 177, 2003 p. 3588), du 28 février 2005 (Mém. A 31 p. 609), du 23 septembre 2005 (Mém. A 165 p. 2796), du 23 décembre 2005 (Mém. A 222 p. 3731 et p. 3733), du 5 août 2006 (Mém. A 150 p. 2663), du 15 janvier 2007 (Mém. A 3 p. 31), du 5 mars 2007 (Mém. A 37 du 15.3.2007, p. 750), du 13 décembre 2007 (Mém. A 226 du 19.12.2007, p.3886), du 27 juin 2008 (Mém. A 92 du 4.7.2008, p. 1253), du 22 juillet 2008 (Mém. A 114 du 31.7.2008, p. 1782), du 27 février 2009 (Mém. A 40 du 9.3.2009, p. 565), du 6 avril 2009 (Mém. A 74 du 14.4.2009, p. 898) Rectificatif (Mém. A 85 du 29.4.2009, p. 1012), du 19 mai 2009 (Mém. A 111 du 26.5.2009, p. 1634) Rectificatif (Mém. A 121 du 2.6.2009, p. 1728), du 7 juin 2010 (Mém. A 90 du 10.6.2010, p. 1646) Rectificatif (Mém. A 93 du 22.6.2010, p.1686).*

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3132), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459), du 29 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2946), du 14 décembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3281), du 3 décembre 2002 (Mém. A 2002, p. 3699), du 28 novembre 2003 (Mém. A 177, 2003 p. 3588).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 808), modifié par règlements grand-ducaux du 23 février 2001 (Mém. A 2001, p. 818), du 25 juillet 2002 (Mém. A 2002, p. 1856), du 2 avril 2004, (Mém. A 65 du 5.5.04, p. 966), du 3 février 2005 (Mém. A 28 du 10.3.05, p. 565).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 783), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 7 octobre 2004 (Mém. A 171 du 21.10.04. p. 2558).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans un **établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 785), modifié par règlement grand-ducal du 18 novembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2569).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des **rééducateurs en psychomotricité** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 781), modifié par règlement grand-ducal du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des **orthophonistes** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 780), modifié par règlements grand-ducaux du 21 décembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2931), du 29 juin 2001 (Mém. A 2001, p. 1736), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 5 mars 2007 (Mém. A 37 du 15.3.2007, p. 749).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des **laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 789) Rectificatif (Mém. A 1999, p. 1331), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 22 juillet 2003 (Mém. A 118, 2003 p. 2474), du 2 avril 2004 (Mém. A 65 du 5.5.04, p. 971), du 3 février 2005 (Mém. A 28 du 10.3.05 p. 564), du 29 avril 2005 (Mém. A 66 du 13.5.2005, p. 984), du 27 mars 2006 (Mém. A 62 du 10.4.2006 p. 1262) et du 11 septembre 2007 (Mém. A 174 du 18.9.2007 p. 3305).

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des **masseurs-kinésithérapeutes et des masseurs** pris en charge par l'assurance maladie, (Mém. A 1998, p. 3389), modifié par règlements grand-ducaux du 23 juillet 1999 (Mém. A 1999, p. 2013), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 29 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2930) et du 4 mars 2004 (Mém. A 32 du 12.3.04, p. 447).

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des **infirmiers** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3386), modifié par règlements grand-ducaux du 14 décembre 2000 (Mém. A 2000, p. 3366), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459).

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le **centre thermal et de santé** de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 786) modifié par règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 (Mém. A 172 du 22.10.04, p. 2561).

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le **domaine de la psychiatrie extrahospitalière** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2928), modifié par règlements grand-ducaux du 24 janvier 2003 (Mém. A 2003, p. 370) et 21 décembre 2007 (Mém. A 245 du 31 décembre 2007, p. 4540).

Règlement grand-ducal du 14 septembre 2010 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le **Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 168 du 21 septembre 2010, p. 2806).

2) Voir note sous article 61, alinéa 2 point 1).

3) **L. 19.12.08,41:**

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2 point 4) du Code de la sécurité sociale est fixé à 0,3557 avec effet au 1er janvier 2009.

L. 18.12.09,52,(2):

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2 point 4) du Code de la sécurité sociale est fixé à 0,3557.

L. 17.12.10,4:

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

4) **L. 17.12.10,5:**

Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtés dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

R. 17.12.10

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.

5) **L. 22.7.03,6:**

Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.

- 8 La Commission de nomenclature¹⁾ se compose de:
- 1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;
 - 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
 - 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
 - 4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.
- 9 Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.
- 10 Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.
- 11 La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.
- 12 La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.
- 13²⁾ La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.
- 14 Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.
- 15 Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.

R.19.2.93

Art. 65bis. (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions: L. 17.12.10,1,35^o

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
- 3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévue au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

1) **L. 17.12.10,9:**

En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.

2) *Voir note sous article 65, alinéa 7.*

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en oeuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.

1 **Art. 66.** Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives. L. 17.12.10,1,36°

2 Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

3 Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède:

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

1 **Art. 67.** La revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans par les parties signataires de la convention, sur demande à introduire avant le 1er septembre par le groupement représentatif. Pour les lettres-clés visées à l'alinéa 2 de l'article 66, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique. Pour la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause. L. 22.7.03,3

2 Au terme de la concertation prévue à l'article 80, un règlement grand-ducal, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et de la Commission de travail de la Chambre des Députés, peut introduire les modalités suivant lesquelles les parties doivent négocier l'adaptation de la lettre-clé des médecins et celle des médecins-dentistes en fonction de la variation du paramètre prévu à l'alinéa qui précède, redressée sur base de l'évolution du volume des actes et services respectivement des médecins et des médecins-dentistes dans la mesure où cette évolution diffère des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité. L. 27.7.92

3 Les pharmaciens accordent à l'assurance maladie un abattement à fixer par règlement grand-ducal qui ne peut dépasser cinq pour cent par rapport aux prix de vente officiels des médicaments et spécialités pharmaceutiques. Le règlement grand-ducal détermine également les modalités d'exécution de ces dispositions dont notamment: R. 23.12.93

- 1) l'assiette servant au calcul de l'abattement;
- 2) les fournitures ne donnant pas lieu à un abattement, ainsi que celles donnant lieu à un abattement réduit;
- 3) les conditions dans lesquelles les prestataires peuvent bénéficier d'une réduction ou même d'une exemption de l'abattement.

Art. 68. Les conventions et leurs avenants, y compris ceux ayant pour objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, sont notifiés sans retard au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70.

1 **Art. 69.** En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur. L. 17.12.10,1,37°

2 A défaut d'entente collective:

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé¹⁾,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur,

3 Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

4 Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

5 Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.

R. 21.6.93

Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,38°

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.

Art. 71. (article abrogé)

L. 17.12.10,1,39°

1 **Art. 72²⁾.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale. L. 17.12.10,1,40°

2 Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

1) **L. 17.12.10,12:**

Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

2) **L. 17.12.10,11:**

Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
 - 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;
 - 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.
- 3 A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.
- 4 Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.
- 5 Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat. R. 25.10.99
- 1 **Art. 72bis.** La Commission de surveillance est compétente: L. 17.12.10,1,41°
- 1) pour les litiges lui déferés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4 et 146, alinéa 2;
 - 2) pour les litiges lui déferés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2.
- 2 Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.
- 3 Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.
- 4 Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.
- 5 L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif.
- 1 **Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 418 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution. L. 17.12.10,1,42°
- 2 L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:
- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
 - 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
 - 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
 - 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;

- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
 - 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
 - 7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.
- 3 La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.
- 4 Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.
- 5 La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.
- 1 **Art. 73bis.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable: L. 17.12.10,1,43°
- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
 - 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
 - 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;
 - 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.
- 2 Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.
- 3 Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.

Relations avec le secteur hospitalier

- 1 **Art. 74**¹⁾. Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. L. 17.12.10,1,44°
- 2 Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.
- 3 Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.
- 4 En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités d'urgence autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.
- 5 Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.
- 6 Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.
- 7 Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.
- 8²⁾ Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médocotechnique de l'établissement hospitalier en question.
- 9 Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

1) **L. 17.12.10,6:**

Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

2) **L. 17.12.10,15:**

L'article 74, alinéa 8 entre en vigueur le 1er avril 2011.

10 Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés.

1 **Art. 75.** Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par la Caisse nationale de santé avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.¹⁾ La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté. La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77. L. 27.7.92

2 Les articles 61, dernier alinéa, 62, alinéas 2 à 4, 63, 68, 69 et 70 sont applicables.

Art. 76. Sous réserve des dispositions légales et réglementaires régissant les hôpitaux ainsi que des conventions collectives de travail, la convention détermine obligatoirement:

- les prestations non opposables au titre de l'article 74, alinéa 2;
- les prestations portées en déduction des prestations opposables au titre de l'article 74, alinéa 3;
- la répartition des frais directement proportionnels au niveau de l'activité et de ceux non liés à l'activité en vue du règlement du budget prévu à l'article 78;
- l'énumération et la définition des différentes entités fonctionnelles avec les unités d'oeuvre correspondantes exprimant la production de chaque entité;
- les prestations prises en charge, le cas échéant, en dehors du budget soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Ces forfaits sont établis pour des groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières utilisées;
- la communication sous forme anonyme des données nécessaires à l'établissement des forfaits précités;
- les modalités relatives à la transmission et à la circulation des données et informations entre les hôpitaux, les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé;
- les règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel compte tenu de la structure et de l'activité des différents hôpitaux;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers visée à l'article 77, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

1 **Art. 77²⁾.** Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets. L. 17.12.10,1,45°

2 Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

3 Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

4 La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars.

1 **Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède. L. 17.12.10,1,46°

2 Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités

1) *Convention du 16 février 1996 entre l'union des caisses de maladie et l'entente des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 17 du 21.3.1996, p. 759). Avenant du 5 juin 2008 (Mém. A 134 du 8.9.2008, p. 2008).*

2) *Voir note sous l'article 74 du CSS.*

fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'oeuvre réalisées.

- 3 Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif.
- 1 **Art. 79.** Le budget peut être rectifié, à la demande de l'hôpital ou de la Caisse nationale de santé, compte tenu de l'évolution réelle des facteurs visés à l'article 77, alinéa 1 et en cas de modifications importantes et imprévisibles des conditions de son établissement. L. 27.7.92
- 2 Tout différend est porté par la partie la plus diligente avant le 1er mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi devant la commission des budgets hospitaliers qui tranche définitivement dans le délai d'un mois.
- 3 Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif. L. 17.12.10,1,47°

Action concertée

- 1 **Art. 80.** Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et les Finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, sous 1), 2), 4) et 8) et à l'article 75. L. 27.7.92
- 2 Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.
- 3 Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus à l'article 67. L. 24.12.99,43,e)

Chapitre VI. - Dispositions diverses

Concours de l'assurance et de l'assistance

- 1 **Art. 81.** La présente loi ne modifie ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en vertu de la présente loi ou de leurs survivants. L. 27.7.92
- 2 Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance maladie, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites ci-après déterminées:
 - 1) les frais funéraires jusqu'à concurrence de l'indemnité funéraire;
 - 2) le traitement médical et pharmaceutique, ainsi que le placement dans un hôpital ou un autre établissement;
 - 3) tous les autres secours, sur les prestations correspondantes.
- 3 La Caisse nationale de santé et les caisses de maladie sont tenues d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par la présente loi.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 82. Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à la Caisse nationale de santé jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance maladie.

Contestations et voies de recours

- 1 **Art. 83.** Les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre par les comités directeurs de la Caisse nationale de santé ou des caisses de maladie visées à L. 13.5.08, 2,11quater°

l'article 48 sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

- 2 Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Paiement et prescription des prestations

- 1 **Art. 84.** Les prestations relatives aux soins de santé peuvent être valablement versées, soit à l'assuré, soit à toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente. En cas de décès de l'assurée, l'indemnité pécuniaire de maternité est payée à la personne qui prend à sa charge l'entretien de l'enfant. L. 27.7.92
- 2 Le paiement des prestations prévues à l'article 8 se fait obligatoirement au moyen d'un virement bancaire ou postal. Toutefois, les statuts déterminent des situations exceptionnelles où le paiement est effectué par assignation postale ou, par l'intermédiaire des caisses de maladie et de leurs agences, en espèces ou par chèque nominatif. L. 1.7.05,II,3°
- 3 L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de la Caisse nationale de santé se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de la Caisse nationale de santé et de la caisse de maladie dont il relève se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire. L. 27.7.92
- 4 L'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit. Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail. L. 17.12.10,1,48°